**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский универ-
ситет»
Министерства здравоохранения Российской Феде-
рации**

**Т.В. Кубрушко, В.А. Коробкин, Е.В. Милова,
М.А. Лунёв, С.С. Хайн**

СИНДРОМНО-СХОДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Учебное пособие

Курск – 2013

УДК: 616.31(075.8)

ББК: 56.6я73

С38

**Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В., Лунёв М.А.,
Хайн С.С. Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и
челюстно-лицевой области. Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава
России – 2013 г.-172с**

В пособии освещены вопросы прикладной анатомии челюстно-лицевой области, знания которой так необходимы для диагностического поиска синдромно-сходных заболеваний на врачебном приеме врача стоматолога общей практики. Приведены схемы ООД при диагностическом поиске синдромно-сходных заболеваний - острая боль, нарушение конфигурации лица, заболевания СОПР. Согласно рекомендациям ВОЗ и на основе МКБ-10 проведена диагностика заболеваний органов полости рта. Описаны методы доказательной медицины при применении математических индексов во время обследования органов полости рта. В пособии отмечено, что в зубочелюстной системе чаще всего наблюдается сочетание различных заболеваний и их осложнений, знание которых способствует формированию системного клинического мышления врача-стоматолога общей практики, позволяет врачу обнаружить болезнь до клинических проявлений.

ISBN

ББК:56.6 я 73

© Кубрушко Т.В., Коробкин В.А., Милова Е.В.КГМУ, 2013

© ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2013

Содержание

	Предисловие.....	2
	Введение.....	5
	Синдромно-сходные заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области.....	9
Раздел I.	Прикладная анатомия челюстно-лицевой области.....	9
1.1.	Анатомо-физиологические особенности развития челюстно-лицевой области. Эмбриогенез.....	9
1.2.	Анатомо-физиологические особенности верхней и нижней челюсти.....	11
1.3.	Зубные ряды.....	16
1.4.	Виды физиологического и аномального прикуса.....	20
1.5.	Мышцы челюстно-лицевой области.....	23
1.6.	Анатомо-физиологические особенности височно-нижнечелюстного сустава.....	27
1.7.	Антропометрические закономерности.....	29
1.8.	Высота нижнего отдела лица.....	30
Раздел II.	Диагностический поиск синдромно-сходных заболеваний.....	32
2.1.	Острая боль.....	34
2.2.	Триггерные точки крыловидной, височной, жевательной мышц.....	35
2.3.	Парестезии.....	37
2.4.	Нарушения конфигурации лица: Острые одонтогенные воспалительные заболевания.....	38
2.5.	Травматические повреждения челюстно-лицевой области	45
2.6.	Опухолевые процессы в челюстно-лицевой области.....	49
2.7.	Морфологические элементы при заболеваниях слизистой оболочки полости рта, языка, губ.....	50
Раздел III.	Методы обследования при заболеваниях челюстно-лицевой области.....	66
3.1.	Субъективные методы обследования челюстно-лицевой области.....	67
3.2.	Объективное обследование челюстно-лицевой области. Рекомендации. ВОЗ Внеротовая область.....	72
3.3.	Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани.....	79
Раздел IV	Зубы и ткани пародонта.....	83
4.1.	Некариозные поражения.....	98
4.2.	Кариес зубов.....	99
4.3.	Заболевания пародонта. Математические индексы в стоматоло-	102

	гии.....	
4.4.	Способ определения интенсивности заболеваний тканей пародонта.....	106
4.5.	Рецессия десны.....	107
Раздел V	Частичное и полное отсутствие зубов.....	109
5.1.	Деформаций зубных рядов и прикуса.....	109
5.2.	Обследование больного при полном отсутствии зубов...	113
6.	Клинический диагноз.....	119
7.	Деонтологические аспекты на амбулаторном приёме врача стоматолога.....	123
8.	Первичная документация на амбулаторном приёме врача стоматолога.....	125
9.	Заключение.....	130
10.	Приложение Европейские цели стоматологического здоровья до 2020 года.....	135
10.1.	Приложение Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-10.....	136
10.2.	Приложение Рентгенодиагностика заболеваний органов полости рта и челюстно-лицевой области.....	166
10.3.	Приложение. Показатели лейкоцитарной формулы....	171
10.4.	Приложение Свойства и состав ротовой жидкости....	174
11.0.	Список литературы.....	178

ПРЕДИСЛОВИЕ

«Нужно, конечно, стремиться к техническому прогрессу в медицине, но так, чтобы не растерять драгоценные качества врача – сердечность, любовь к людям, человечность. Несмотря на техническое вооружение, медицина не перестаёт быть медициной личности».

А.Ф. Билибин

В повседневной практике врачу дано увидеть лишь внешние, иногда весьма скудные и трудноразличимые заболевания органов полости рта и челюстно-лицевой области и их проявления. В других случаях проявления болезни, напротив, оказываются множественными, общая картина заболевания становится неопределённой. Врачу необходимо отличить не только болезненное состояние от здоровья, но и определить форму, тяжесть и стадию развития патологии.

Современная стоматология характеризуется тесным сближением всех ее разделов с основными направлениями общей клинической медицины, изучающей этиологию, патогенез болезней и повреждений твёрдых тканей зубов, тканей пародонта, слизистой полости рта, языка, губ, деформаций и повреждений челюстно-лицевой области и разрабатывающей методы их диагностики, лечения и профилактики.

Общеизвестно, что подавляющая часть населения обращается к стоматологу только при возникновении какого-либо стоматологического заболевания (заболевания твёрдых тканей зуба, пародонта, СОПР, ВНЧС, частичная потеря зубов и др.). Обращения, которые сопровождаются симптомами острого заболевания, требуют от врача проведения неотложных, нередко радикальных мероприятий. Стоматологическое состояние у различных больных находится в прямой зависимости от его стоматологической осведомлённости, мотивации на профилактику и лечение развившейся патологии.

Основным направлением реформирования здравоохранения в России является поэтапный переход на работу по принципу врача общей практики. В приказе МЗ РФ № 337 от 27.08.1999 г. «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» была введена новая специальность «Стоматология», а в дальнейшем согласно приказу МЗ и СР РФ № 553 от 20.08.2007 г. и № 112н от 11.03.2008 г. – «Стоматология общей практики». Врач-стоматолог общей практики обязан обладать суммой знаний, которые необходимы для обеспечения своевременной диагностики, лечения и профилактики широкого круга заболеваний, независимо от пола и возраста пациента. Возникает необходимость в подготовке врача, который сможет обеспечить и отвечать за конечный результат – здоровье конкретного человека и членов его семьи. Профессиональ-

ная подготовка врача по специальности «Стоматология общей практики» должна предусматривать оптимальный объём теоретических знаний и практических навыков, необходимых в повседневной работе, с учетом специфики оказания стоматологической помощи широкому кругу пациентов и разнообразия видов стоматологической помощи.

В своей профессиональной деятельности стоматолог должен руководствоваться не только принципом «не навреди», но и стараться предотвращать заболевания полости рта.

ВВЕДЕНИЕ

Профессиональные функции врача должны выполняться в соответствии с принципом «не навреди». На протяжении тысячелетий к врачу обращались с различными проблемами, которые тем или иным образом связаны со здоровьем и общим самочувствием пациента, когда причины возникновения большинства заболеваний не были известны. Постепенно выявлялись и описывались различные симптомы, характерные для тех или иных заболеваний.

Развитие и проявление патологических процессов (травма, инфекция, опухолевые процессы) в челюстно-лицевой области находятся в прямой зависимости от строения и характера окружающих органов и тканей. Знания прикладной анатомии способствуют диагностическому поиску синдромно-сходных заболеваний челюстно-лицевой области: острая боль, нарушение конфигурации лица, заболевания СОПР. Математические индексы, применяемые во время проведения обследования органов полости рта, основаны на методах доказательной медицины.

Для правильного проведения диагностического процесса необходимо применять на практике все методы исследований, уметь фиксировать и правильно интерпретировать обнаруженные при этом симптомы. Знать основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, их классификации, владеть особенностями врачебного мышления на этапах обследования, особенно при анализе и синтезе полученных субъективных и объективных данных для установления этиологии заболевания, его патогенеза и, наконец, для постановки диагноза и определения метода лечения и врачебной тактики.

В профессиональной практике врача-стоматолога оказание неотложной помощи связано, прежде всего, с проявлением боли, которая проявляется в виде гетеротопической, психогенной, кардиологической и дентальной боли.

Острое воспаление в челюстно-лицевой области является состоянием, требующим оказания неотложной помощи из-за болевого синдрома и дальнейшего распространения воспалительного процесса. Знания патоморфологических и клинических проявлений позволяют в профессиональной деятельности врача-стоматолога своевременно выбрать метод лечения, снижающий болевой синдром и препятствующий дальнейшему распространению воспалительного процесса.

Этиологическими факторами острой боли являются: одонтогенный воспалительный процесс в пульпе зуба, периодонте, неправильно изготовленный мостовидный протез или кламмер, завышение поставленной пломбы или коронки, а также в результате перегрузки (хронической травмы) при частичном отсутствии зубов.

Острая боль локализованного характера в слизистой оболочке может быть обусловлена травмой при глубоком прикусе или при частичной потере зубов, осложненной глубоким резцовым перекрытием, дистальным

смещением нижней челюсти и снижением окклюзионной высоты, а также при супраокклюзионном смещении одного или группы зубов (феномен Попова—Годона), при снижении окклюзионной высоты. Боль, жжение, покалывание, пощипывание разлитого характера обусловлены механической травмой, аллергической реакцией на базисный материал при использовании съемным протезом, заболеваниями крови или желудочно-кишечного тракта.

Ряд симптомов являются признаками различных заболеваний. В рассказе больного часто превалируют субъективно оцениваемые и наиболее важные с его точки зрения явления, которые, доминируя в физиологическом и психологическом восприятии, могут вуалировать другие сложные заболевания зубочелюстной системы, но протекающие без субъективных для больного ощущений. Важно помнить, что в зубочелюстной системе чаще всего имеется сочетание различных заболеваний и их осложнений.

Независимо от жалоб больного и клинических симптомов необходимо исследовать всю зубочелюстно-лицевую область и каждый ее орган, должно быть оценено общее состояние организма, уточнены сопутствующие общесоматические заболевания. Достигнуть этого можно, применяя так называемый методический тип диагностического исследования.

Медицина XXI века – это медицина превентивная, сохраняющая и оберегающая здоровье человека. Превентивная медицина с целью тщательного сканирования рисков заболевания, использует все известные методы диагностики и позволяет обнаружить болезнь до ее клинических проявлений и вовремя принять предупредительные меры. Превентивная медицина является врачебным искусством, которым не смогут овладеть все врачи, поэтому в настоящее время актуальным является разработка диагностических систем, которые позволят сделать диагностику доступной для многих врачей. Стране и обществу необходима новая медицинская научно-практическая школа для распространения системного клинического мышления.

На основании вышеизложенного, авторами предложен диагностический поиск синдромно-сходных заболеваний в виде схем ориентировочных основ действия. В пособии отмечено, что наличие ряда симптомов являются признаками различных заболеваний, что и отражено в схеме ориентировочной основы действий «Методы обследования с целью диагностики заболеваний органов полости рта».

Рассмотрены очень важные направления в диагностическом поиске синдромно-сходных заболеваний такие как, схемы ориентировочной основы действия «Методы обследования с целью диагностики заболеваний слизистой полости рта, языка, губ» и «Диагностические признаки глоссалгии, глоссодинии и глоссита». Именно заболевания слизистой полости рта, языка, губ являются первыми признаками соматических заболеваний организма, знания которых могут способствовать ранней диагностике злокачественных новообразований.

В условиях целостного организма не может быть изолированных органов и систем. Врачу не только по специальности «Стоматология общей практики», но и специальности «Лечебное дело», необходимо иметь представление о взаимосвязи и взаимообусловленности как физиологических, так патологических процессов, протекающих в организме. Известно, что наличие хронических свищевых ходов при остеомиелите и периостите челюсти является противопоказанием для проведения «чистых» плановых операций в хирургической клинике, так как одонтогенная инфекция может явиться причиной гнойного осложнения в послеоперационном периоде. Поэтому врачу, окончившему лечебный или педиатрический факультет, необходимы знания и умения обследования больных для своевременной диагностики травм челюстно-лицевой области, кровотечения после удаления зуба, больных с флегмонами челюстно-лицевой области и т.д.

Стоматолог может устранить или, по крайней мере, снизить боль. Он может способствовать достижению здоровья полости рта, улучшить эстетические характеристики зубов и лица. Однако он не может ни пообещать, ни тем более обеспечить достижения состояния полного телесного, психического и социального благополучия.

Коллектив авторов надеется, что предложенное методическое пособие позволит сформировать единый комплексный подход в методах обследования больных в конкретной клинической ситуации.

СИНДРОМНО–СХОДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

РАЗДЕЛ 1. ПРИКЛАДНАЯ АНАТОМИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ЭМБРИОГЕНЕЗ

Стоматология – это раздел медицинской науки и практики, который решает проблемы профилактики, распознавание и лечение одних из самых распространённых патологий, какими являются стоматологические заболевания. На амбулаторном приеме врачу дано увидеть лишь внешние, иногда весьма скудные и трудноразличимые заболевания и их проявления. В других случаях проявления болезни, напротив, оказываются множественными, общая картина заболевания становится неопределённой, необходимо отличить не только болезненное состояние от здоровья, но и определить форму, тяжесть и стадию развития патологии.

Для понимания особенностей проявления патологических процессов (травма, инфекция, опухолевые процессы) в челюстно–лицевой области, развитие и проявление которых находятся в прямой зависимости от строения и характера окружающих органов и тканей, необходимы знания не только клинических дисциплин, но и знания анатомии, физиологии, гистологии, микробиологии и др.

Такое направление отмечено в работах Е.В. Боровского, Т.Ф. Виноградовой, А.И. Грудянова, В.Ю. Курлянского, В.Н. Копейкина, А.А. Колесова, Г.Д. Овруцкого, Т.Г. Робустовой, А.И. Рыбакова, Л.Л. Параскевич, М.М. Соловьева, А.А. Тимофеева и др.

Зубочелюстная система – совокупность органов и тканей, взаимосвязанных анатомически и функционально, выполняющих различные, но соподчиненные функции. В нее входят:

- твердые ткани – кости лицевого скелета, включая верхнюю и нижнюю челюсти;
- зубы, образующие зубные ряды – система органов, предназначенная для откусывания, дробления и размельчения пищи;
- височно-нижнечелюстной сустав (два сустава) – подвижное соединение нижней челюсти с височной костью черепа;
- жевательные и надподъязычные мышцы, обеспечивающие пространственное перемещение нижней челюсти по отношению к неподвижной верхней челюсти;
- комплекс тканей, выполняющих функцию захватывания пищи, формирования и глотания пищевого комка и функцию речи – это мимические мышцы, губы, щеки, нёбо, язык
- слюнные железы, предназначенные для смачивания и первичной ферментативной обработки пищи.

Воздействию неблагоприятных внутренних и внешних факторов, подвержены в онтогенезе мозговой и лицевой череп, которые часто приводят к нарушению развития отдельных органов и систем в лицевой области. Профилактика и лечение этих нарушений базируются на полном представлении последовательности этапов формирования и развития лицевой области головы человека.

В процессе развития мозговой и лицевой скелет, мускулатура и органы полости рта в течение миллионов лет прошли этапы формирования, совершенствования и видоизменений. Под влиянием воздействия внешней среды всё это происходило в результате естественного отбора, изменчивости, наследственности и выживаемости, мозговой и лицевой череп подвергался формированию и перестройке. Основной особенностью является непрерывное морфологическое и функциональное их развитие и взаимное влияние друг на друга. В лицевой области развиваются и перестраиваются челюстные кости, развиваются мышцы и другие органы полости рта. Лицевой череп и органы полости рта продолжают расти после рождения, причём рост костей головы происходит неравномерно. Кости лицевого скелета развиваются быстрее. Рост челюстей наиболее выражен в период формирования и прорезывания молочных и постоянных зубов, что обуславливает изменения в пропорциональном соотношении лицевого и мозгового черепа. У новорождённого лицевая часть головы представляет собой лишь незначительный придаток к мозговой части. У 6-летнего ребёнка лицо равно половине мозговой части, а после 6 лет значительно опережает рост моз-

говой части. У взрослого высота лица соотносится к высоте мозгового черепа 2:1.

Развитие лица и челюстей в эмбриональном периоде происходит в определённой последовательности. Развивающиеся органы закладываются в известном порядке в течение определённого периода, развитие одних из них связано с развитием других. Образование лицевой части головы происходит за счёт разрастания жаберных дуг. Лицевая часть головы начинает оформляться с 2-й недели эмбрионального развития и формируется из 7 отростков жаберной дуги: 2 носовых, 2 верхнечелюстных, 2 нижнечелюстных и лобного.

В 12-дневном эмбрионе, длина которого равна 2,5 мм, появляется небольшое углубление (первичный рот). Ротовое отверстие к концу первого месяца ограничивается снизу нижнечелюстными отростками, сверху и в наружном отрезке – верхнечелюстными, сверху и по средней линии – носовыми отростками. На втором месяце развития эмбриона вдоль всего края верхнего и нижнего челюстных отростков появляется утолщение покровного эпителия, выступающее в полость рта в виде шнурка. Размножаясь по мере развития эмбриона, покровный эпителий постепенно приобретает дугообразную форму и разделяется на две пластинки – наружную (щёчно-губную) и внутреннюю (зубную). Из внутренней пластинки формируются зубы. Рост лица усиливается, начиная с 5 недели, к концу 2 месяца лицо принимает уже вид человека: наружный носовой отросток превращается в крыло носа, нижняя часть внутреннего носового отростка, срастаясь с верхнечелюстными отростками, образуют верхнюю челюсть. Из внутреннего носового отростка развивается межчелюстная кость в нёбные отростки, срастающиеся между собой и с крылонёбными отростками.

Ограничение полости рта от полости носа происходит на 3 месяце, когда заканчивается формирование твёрдого и мягкого нёба. Нёбные отростки срастаются к концу 8-й недели, на 9-й неделе уже имеется свод твёрдого нёба, а на 12-й образуется свод мягкого нёба.

При нарушениях эмбриональных процессов развития лица в период первых двух месяцев возникают уродства в виде так называемой заячьей губы (*labium leporinum*) и волчьей пасти (*faux lupinum*).

Лицевой скелет состоит из парных неподвижных костей – верхней челюсти, скуловых, нёбных и подвижной кости – нижней челюсти. Костные швы между костями лицевого скелета и основанием черепа более податливы, чем сами кости. Поэтому переломы проходят часто по линии костных швов.

1.2. Анатомо-физиологические особенности верхней и нижней челюсти. Верхняя челюсть

Верхняя челюсть состоит из тела челюсти и четырёх отростков: лобного, нёбного, скулового и альвеолярного. Тело челюсти содержит полость – sinus maxillaries, или гайморову пазуху, клетки решётчатого лабиринта, лобные пазухи. Стенки тела верхней челюсти представлены на большей части её поверхности тонкими костными пластинками, содержащими небольшой слой костномозгового вещества. Тело верхней челюсти соединяется с телом противоположной одноимённой кости по средней линии костным швом. При помощи отростков – нёбного, лобного и скулового – верхняя челюсть соединяется с костями черепа, со скуловой костью. В альвеолярном отростке расположены лунки зубов. Следует отметить, что верхушки корней моляров (особенно первых), премоляров в некоторых случаях располагаются интимно к слизистой дна гайморовой пазухи, что создаёт возможность возникновения в гайморовой пазухе воспалительного процесса. Кроме того, при удалении указанных зубов возможна перфорация дна пазухи с образованием хронического свищевого хода.

На передней стенке тела верхней челюсти имеется отверстие (foramen infraorbitale) нижнеглазничного канала – место выхода сосудисто-нервного пучка.

Анатомо-топографические особенности верхней челюсти определяют характер патологических процессов, развивающихся в ней. Остеомиелит верхней челюсти чаще бывает ограниченным, так как тонкая кортикальная пластинка не является серьёзным препятствием для проникновения экссудата из внутрикостного очага воспаления. Этому же способствует относительно малое содержание в челюсти костного мозга и рассыпной тип кровеносных сосудов, ограниченный масштаб поражения кости.

Форма верхней челюсти и структура кости зависят от степени развития зубной системы и гайморовой полости. Рост альвеолярных отростков верхней челюсти находится в полной зависимости от развития заложенных в ней зубных зачатков, которые отделены от полости рта тонким слоем тканей. С возрастом гайморова полость постепенно становится шире. Она непрерывно оттесняет альвеолярный отросток книзу от дна глазницы. На 3-м и 4-м году жизни гайморова полость переходит за границы canalis infraorbitalis, а кзади подходит к альвеоле первого моляра.

Верхняя челюсть представляет собой парную кость, состоящую из симметричных половин. Обе половины челюсти соединяются между собой и другими костями лицевого скелета костными швами.

Часть верхней челюсти, рассматриваемую в полости рта, можно разделить на три отдела: вестибулярный, альвеолярный и нёбный.

Различают ряд анатомических образований: переходную складку слизистой оболочки, уздечку верхней губы и боковые слизистые оболочки

складки. Переходная складка образуется на месте перехода слизистой оболочки с альвеолярного отростка на верхнюю губу и щеки. В месте перехода слизистой оболочки на верхнюю губу и щеки имеется хорошо выраженный подслизистый слой. Уздечка верхней губы (*frenulum labii superioris*) располагается на альвеолярном отростке по средней линии.

У взрослого она отстоит от него на расстоянии 5—8 мм.

Боковые слизистые оболочки складки (*plicae buccalis*) располагаются в области премоляров. Альвеолярный отросток с вестибулярной стороны покрыт плотной слизистой оболочкой с маловыраженным подслизистым слоем.

В небном отделе различают твердое и мягкое небо.

а)

б)

Рис. 1. Твердое и мягкое небо: а) у новорожденного; б) у взрослого.

Твердое небо (*palatum durum*) состоит из межчелюстной кости, небных отростков и горизонтальной части небной кости. Межчелюстная кость и альвеолярная часть небных отростков образует оральную часть альвеолярного отростка. Задний край твердого неба имеет вид двух дуг, соединенных внутренними концами в виде выступа - задней носовой ости (*spina nasalis posterior*). Твердое небо имеет ряд каналов и канальцев, открывающихся на ротовую его поверхность. Через них выходят сосуды и нервы. Ротовая поверхность твердого неба представляется неровной, с наличием возвышений, углублений и мелких борозд для сосудов и нервов, слизистая оболочка, покрывающая твердое небо, чрезвычайно плотная. По мере роста и развития верхней челюсти и альвеолярного отростка твердое небо меняет свою конфигурацию: оно плоское у плода и имеет высокий купол у взрослого (рис.1). После потери зубов твердое небо становится вновь плоским.

Слизистая оболочка твердого неба в передней трети плотно сращена с надкостницей. В области небного шва она тонкая и чувствительная к давлению. В передней трети слизистая оболочка представляется в виде валикообразных возвышений (*rugae palatinae*). В средней и задней частях твердого неба по сторонам от шва имеется выраженный подслизистый слой, жировая и железистая ткань. Мягкое небо спереди граничит с задним краем твердого неба, по сторонам связано с боковыми стенками глотки, сзади оканчивается свободным краем, повторяющим фигуру заднего края костей твердого неба.

В строении верхней челюсти как функционального образования рассматривают контрфорсы (рис. 2). Контрфорсы — это устои, воспринимающие жевательное давление и удары, возникающие во время смыкания зубных рядов. Различают четыре контрфорса:

Рис. 2. Контрфорсы. Первый — лобно-носовой контрфорс. Второй — скуловой контрфорс. Третий — крыло-небный контрфорс. Четвертый — небный, контрфорс.

Горизонтальным контрфорсом является небный отросток, который противостоит боковым силам и рассредотачивает жевательное давление по высоте кости.

К вертикальным контрфорсам относятся: 1) лобный контрфорс; 2) скуловой контрфорс; 3) медиальная стенка гайморовой полости — пристеночный медиально-гайморовый контрфорс; 4) латеральная стенка (подвисочная) гайморовой полости — пристеночный гайморово-латеральный контрфорс; 5) сошник — сошниковый контрфорс.

Все вертикальные устои при акте откусывания и размалывания пищи работают на сжатие. Местами приложения сил в вертикальных устоях являются альвеолярный и небный отростки, а местами опоры — кости лицевого и мозгового черепа.

Нижняя челюсть

Нижняя челюсть является непарной костью; в ней различают тело, две ветви челюсти. Кроме альвеолярного отростка, нижняя челюсть имеет на каждой стороне суставной и венечный отросток. Альвеолярный отросток располагается по верхнему краю вдоль тела челюсти. Суставной отросток заканчивается суставной головкой. Между суставным и венечным отростком ветви челюсти образуется полулунная вырезка. Движение нижней челюсти осуществляется при помощи височно-нижнечелюстного сустава, который состоит из суставной головки, суставной ямки височной кости, хрящевого мениска, суставной сумки и связочного аппарата.

На внутренней поверхности ветви нижней челюсти располагается отверстие (foramen mandibulare), которое является началом нижнечелюстно-

го канала, где проходит сосудисто–нервный пучок (нижнеальвеолярные артерия, вена и нерв). На уровне премоляров с вестибулярной стороны нижнечелюстной канал открывается подбородочным отверстием (*foramen mentale*), из которого выходит артерия, вена и нерв. В отличие от верхней челюсти нижняя челюсть содержит большое количество костного мозга, сосредоточенного в теле челюсти. Плотные, сравнительно толстые кортикальные пластинки, затрудняя прорыв гноя на наружную поверхность кости, способствуют диффузному поражению челюсти.

Нижняя челюсть единственная подвижная кость лицевого скелета; к ней прикрепляется большое количество мышц, приводящих ее в движение. Эта особенность определяет сложность строения нижней челюсти и влияние на развитие лицевого скелета и покрывающих скелет мягких тканей.

Развитие нижней челюсти (*os mandibula*) идет параллельно с развитием верхней челюсти. Развивается нижняя челюсть как парная кость из нескольких точек окостенения, появляющихся в середине второго месяца жизни плода. При окостенении их и срастании с покровной костью формируется суставной отросток нижней челюсти (*processus condyloideus*), сочленяющийся с височной костью, и расположенный впереди неё венечный отросток (*processus coronoideus*). С образованием этих отростков в нижней челюсти плода различают горизонтально расположенное тело кости (*corpus*) и ветви (*rami*). Верхний край тела кости является альвеолярным отростком, в котором находятся зачатки зубов. К моменту рождения обе половины нижней челюсти соединяются волокнистым хрящом.

В отличие от верхней челюсти нижняя челюсть содержит большое количество костного мозга, сосредоточенного в теле челюсти.

Нижняя челюсть является подвижной костью лицевого скелета, состоящей из тела, ветви, угла. Тело переходит в альвеолярную часть, где располагаются корни зубов. Ветвь имеет два отростка – мышечковый, заканчивающийся головкой нижней челюсти, и венечный.

Соотношение высоты ветви к протяжённости тела челюсти у взрослых составляет 6,5-7:10. Угол нижней челюсти в норме $120^{\circ} \pm 5^{\circ}$ (Трезубов) 100-110 гр. (Курляндский), у детей 135-140 гр.

На наружной и внутренней поверхности челюсти имеются собственно косая и челюстно-подъязычная линии, которые учитываются при съёмном протезировании. Нижняя челюсть участвует во множестве функций: жевания, звукообразования, речи, глотания и др. Из всех этих функций следует выделить движения, связанные с жеванием.

Таким образом, нижняя челюсть человека может совершать движения в нескольких направлениях: вертикальном (вверх-вниз), что соответствует открыванию и закрыванию рта; сагиттальном (вперед-назад); трансверзальном (вправо-влево); диагональном или косом (вправо-вперед; влево-вперед). Рост челюсти происходит на протяжении 15—16 лет; в течение этого времени идет и созревание зубных фолликулов постоянных зубов. Сращение половин нижней челюсти начинается в возрасте 6 месяцев и заканчивается к концу первого года. Тело нижней челюсти новорожденного

развито слабо. Венечные и суставные отростки вместе с полулунной вырезкой после рождения только намечены. Суставные отростки едва поднимаются над уровнем альвеолярного отростка. Угол нижней челюсти равен в среднем 150-160°.

При недоразвитии челюсти и некоторых видах прикуса угол челюсти остается тупым. При полной потере зубов угол челюсти также становится тупым. Это является следствием изменения условий работы беззубой челюсти, при которых нижняя челюсть получает возможность перемещаться больше кверху, что ведет к функциональной перестройке угла челюсти.

Нижняя челюсть связана с основанием черепа суставом, который имеет все признаки истинного сустава: покрытые хрящом суставные поверхности, синовиальную оболочку и суставную полость.

Зубная система в процессе онтогенеза приобретает определенную функциональную ориентацию, различную для каждого индивидуума. Определенную функциональную ориентацию имеют и альвеолярные отростки, поэтому альвеолярный отросток на верхней и нижней челюстях в различных отделах обладает различным строением. Это обусловлено функциональными особенностями различных групп зубов. Компактная вестибулярная пластинка альвеолярного отростка в области фронтальных зубов верхней челюсти тонкая. В области премоляров и моляров компактная щечная пластинка более толстая.

На нижней челюсти в области фронтальных зубов язычная стенка альвеолярного отростка значительно толще губной и образует изгиб, обеспечивающий большую сопротивляемость этой части жевательному давлению, направленному спереди назад. Структура кости в области премоляров характеризуется тем, что стенки альвеолярного отростка более толстые, причем язычная стенка также несколько толще вестибулярной. Это результат влияния наибольшей нагрузки на язычную стенку альвеолы в связи с наклонным положением (по направлению к языку) премоляров, жевательная нагрузка в язычную сторону больше, чем нагрузка в щечную сторону (А.Я. Катц). Структура кости в области моляров отличается тем, что внутренняя и наружная косые линии (*linea obliqua interna et externa*) значительно упрочняют этот отдел альвеолярного отростка.

Альвеолярные отростки играют главную роль в фиксации зубов. На них в первую очередь падает жевательное давление, и в них раньше всего происходит перестройка при ортодонтическом и ортопедическом лечении.

1.3. Зубные ряды

Составной частью жевательно-речевого аппарата являются *зубные органы*, в количестве 28 - 32 зубных органа.

Каждый зубной орган состоит из зуба; луночки и прилегающей к ней части челюсти, покрытой слизистой оболочкой десны; связочного комплекса (периодонта), удерживающего зуб в луночке; сосудов и нервов.

Рис. 3. Схема зубного органа (по И.С. Кудрину):

1 — эмаль; 2 — дентин; 3 — цемент; 4 — периодонт; 5 — альвеолярная часть; 6 — слизистая оболочка десны; 7 — десневая бороздка; 8 — отверстие верхушки корня.

В сформированной зубочелюстной системе определенную приспособленность к нагрузке имеют и зубные ряды. Этому особенно способствует жевательная нагрузка, которая падает на них в вертикальном и горизонтальном направлениях.

Форма зубных рядов у взрослого меняется по сравнению с формой зубных рядов прикуса молочных зубов у детей. Это происходит за счет числа прорезываемых жевательных зубов. Зубной ряд верхней челюсти у взрослого имеет форму эллипсоидную, нижней челюсти — параболоидную (рис. 4).

Зубы прилежат один к другому, образуя выпуклыми поверхностями коронок контактные пункты. Контактные пункты расположены близко к жевательной или режущей поверхности зубов. С возрастом в силу наличия физиологической подвижности у каждого зуба и трения зуба о зуб в точках их соприкосновения контактные пункты превращаются в выраженные контактные площадки. При физиологическом стирании зубов в местах соприкосновения с воз-

растом зубной ряд укорачивается, причем, по мнению некоторых авторов, укорочение зубного ряда может достигать до 1 см. Контактные пункты укрепляют зубной ряд при нагрузке на отдельные зубы и предохраняют десневой край с апроксимальных сторон зубов от травмы его пищей.

Зубы нижней челюсти наклонены коронками внутрь, а корнями наружу. *Выпуклость зубной дуги, форма и положение зубов нижней челюсти* создают, таким образом для нижнего зубного ряда устойчивость, подобную крепости свода арки, построенной из кирпичей трапецевидной формы. Коронки нижних моляров, кроме того, наклонены вперед, а корни — назад. Это обстоятельство мешает сдвигу зубного ряда назад.

Менее благоприятен для устойчивости зубов верхней челюсти *наклон зубов*. Зубы верхней челюсти наклонены коронками наружу, а корнями внутрь. Горизонтально действующие силы, возникающие при жевании, способны лишь усилить наклон зуба, который по мере его отклонения наружу все больше лишается поддержки соседнего зуба. Эта особенность расположения зубов *компенсируется большим количеством корней у верхних жевательных зубов*.

Рис. 5. Соотношение зубных (а), альвеолярных (б) и базальных (апикальных) (в) дуг.

По направлению от мест соприкосновения зубов к десневому краю между зубами образуются межзубные промежутки в виде треугольников, вершина которых обращена к месту соприкосновения зубов, основание — к десневому краю (к шейке зуба).

Межзубные промежутки в практике используют для проведения через них различных лигатур с целью прикрепления к зубам лечебных аппаратов.

Зубной ряд верхней челюсти наклонен несколько вперед и наружу. Режущие края и жевательные поверхности премоляров образуют окклюзионную поверхность. В области жевательных зубов окклюзионная поверхность имеет типичное искривление книзу, что именуют окклюзионной кривой, которая определяется к 11—13 годам. Окклюзионная кривая образуется в силу разности расположения моляров по сравнению с

другими зубами. Это особенно выражено у вторых и третьих моляров (рис. 6). Так называемая саггитальная окклюзионная кривая – кривая Шпее.

Окклюзионная кривая начинается от медиальной поверхности первого моляра и оканчивается у дистального бугра третьего моляра. Устойчивость зубному ряду верхней челюсти и каждому зубу в отдельности придают большие корни зубов. Зубной ряд нижней челюсти характеризуется тем, что резцы и клыки располагаются перпендикулярно по отношению к альвеолярному отростку, жевательные зубы несколько наклонены в сторону языка.

В зубном ряду человека имеются однокорневые зубы – резцы, клыки и премоляры (кроме первого верхнего), двухкорневые – нижние моляры и первые верхние премоляры и трёхкорневые зубы – верхние моляры. Анатомически в каждом зубе различают коронку, шейку и корень. Наружный слой коронки представлен эмалью – самой твёрдой тканью человеческого организма. Шейка зуба находится под десневым краем. На уровне шейки зуба закачивается эмалевое покрытие коронки зуба. Основное назначение корня заключается в фиксации зуба в лунке челюсти при помощи мощного связочного аппарата. В коронковой части зуба находится зубная полость, которая переходит в канал корня зуба, заканчивающийся корневым отверстием. В полости зуба находится рыхлая ткань – пульпа зуба.

Анатомо - топографически выделяют коронковую и корневую пульпу зуба. В коронке зуба ткань пульпы заполняет полость зуба и образует своеобразные выросты — рога пульпы, которые соответствуют бугоркам жевательной поверхности премоляров и моляров и режущего края резцов и клыков. В однокорневых зубах коронковая пульпа незаметно переходит в корневую пульпу, а в многокорневых – между коронковой и корневой пульпой имеется выраженная граница. У лиц среднего возраста свод коронковой полости расположен приблизительно на уровне шейки зуба. Через верхушечное отверстие корня зуба из периодонта в пульпу проникает сосудисто-нервный пучок, соединительная ткань пульпы находится в непосредственной близости от аналогичной ткани периодонта.

Кровоснабжение и иннервация пульпы осуществляется благодаря зубным артериальным, венозным и нервным веточкам (aa. dentales, nn. dentales) соответствующих артерий, вен и нервов челюстей. Проникая в полость зуба через апикальное отверстие канала корня зуба, они распадаются на более мелкие ветви, пронизывая пульпу и образуя густые сплетения. Пульпа способствует регенеративным процессам, которые проявляются в образовании вторичного или третичного дентина при кариозном процессе, является биологическим барьером, препятствующим проникновению микробов из кариозной полости через канал корня зуба в периодонт.

Знания анатомо–топографических особенностей строения пульпы необходимы в практической деятельности стоматолога при диагностике

осложнённых форм кариеса и выборе метода лечения, алгоритме их выполнения.

Зуб фиксируется в лунке зуба при помощи связочного аппарата, состоящего из прочных соединительнотканых волокон, идущих от шейки и корня зуба к кортикальной костной пластинке, выстилающей лунку челюсти. В области шейки зуба эти пучки имеют почти горизонтальное направление и совместно с десной и надкостницей челюсти образуют так называемую круговую связку зуба, которая отделяет пространство между корнем и стенкой альвеолы от внешней среды. Узкая щель между корнем зуба и стенкой альвеолы в норме заполнена связочным аппаратом зуба, кровеносными, лимфатическими сосудами и нервами и называется периодонтом.

Связочный аппарат зуба выполняет не только фиксирующую, но и амортизирующую роль, что обеспечивается наличием между пучками соединительнотканых волокон рыхлой клетчатки и межтканевой жидкости.

При акте жевания на каждый моляр падает нагрузка от 50 до 80 кг. Несмотря на значительную нагрузку при акте жевания, связочный аппарат удерживает зуб в подвешенном положении, предупреждая тем самым травму дна лунки смещающимся по продольной оси корнем зуба. Через многочисленные отверстия в стенке лунки между сосудами периодонта и сосудами челюсти проходят анастомозы, а сам периодонт сообщается с костномозговым веществом челюсти. Это способствует свободному проникновению инфекции при воспалительном процессе из периодонта в костный мозг челюсти, что может явиться причиной одонтогенного остеомиелита.

1.4. Виды физиологического и аномального прикуса

Основные виды физиологического прикуса: ортогнатический, физиологическая прогения, бипрогнатический и прямой.

Рис. 7. Физиологические виды прикуса: а — ортогнатический; б — прямой; в — бипрогнатия; г — прогнатия, д — прогения.

Сбоку слева — соотношение резцов, справа — соотношение первых постоянных моляров.

Ортогнатический прикус, сформированный из постоянных зубов, характеризуется основными признаками: на челюсти все зубы; каждый зуб верхней и нижней челюсти смыкается с одноименным зубом-антагонистом, который именуют главным и побочным (исключение составляют центральные резцы нижней челюсти и третьи моляры верхней челюсти, которые смыкаются только с одноименными антагонистами). Средние линии, проходящие между центральными резцами верхней и нижней челюсти, лежат в одной сагиттальной плоскости. Верхние передние зубы перекрывают нижние приблизительно на 1—3 коронки; нижние передние зубы своими режущими поверхностями контактируют с зубным бугорком верхних зубов. Щечные бугорки верхних премоляров и моляров расположены кнаружи от одноименных бугорков нижних премоляров и моляров (благодаря этому небные бугорки верхних зубов попадают в продольные бороздки нижних, а нижние щечные — в продольные бороздки верхних зубов). Передний щечный бугорок первого верхнего моляра располагается на щечной стороне нижнего первого моляра в поперечной борозде между щечными бугорками.

При отсутствии основных характеристик, присущих физиологическому прикусу, различают восемь основных типов аномалийного прикуса (классификация зубочелюстных аномалий ВОЗ): дистальная окклюзия, мезиальная окклюзия, чрезмерное перекрытие — горизонтальный перекрывающий прикус, чрезмерное перекрытие — вертикальный перекрывающий прикус, открытый прикус, перекрестный прикус боковых зубов, лингвоокклюзия боковых зубов нижней челюсти, смещение от средней линии. Например: «Глубокая резцовая окклюзия» (рис.8)

Рис. 8. Частичное отсутствие зубов на верхней челюсти. Генерализованное повышенное стирание твёрдых тканей зубов (смешанная форма). Деформация зубных рядов. Локализованный пародонтит в области зубов 4.2, 4.1, 3.1 лёгкой степени. Дистальное смещение нижней челюсти. Снижение высоты нижнего отдела лица на 4 мм. Глубокая резцовая окклюзия. Диастема на верхней челюсти.

Сложное переплетение внутренних и внешних факторов, определяющих развитие жевательного аппарата, приводит к формированию переходных вариантов, которые невозможно отнести к норме и которые необходимо определять как патологические. Например, верхние резцы располагаются в челюсти по несколько изогнутой дуге, иногда почти по прямой линии.

Вследствие часто имеющего место несоответствия размеров верхних резцов размерам альвеолярного отростка они нередко располагаются скупченно.

Рис. 9. Аномальные виды прикуса.

Оценку прикуса и сохранность окклюзионных соотношений проводят при сомкнутых зубных рядах и при положении нижней челюсти в физиологическом покое.

Чаще всего центральные резцы смещаются в вестибулярном направлении, а латеральные — в небном, но может быть и наоборот. Нередко сокращение длины зубного ряда в области резцов образуется за счет поворота последних вокруг оси. Уменьшение переднего отдела верхнего зубного ряда довольно часто происходит за счет редукции латеральных резцов (от уменьшения размеров и изменения форм коронки до полного отсутствия зачатков). В ряду верхних резцов наблюдаются явления противоположного порядка, а именно: наличие дополнительных (сверхкомплектных) зубов. Чаще всего сверхкомплектный зуб располагается между центральными резцами. Наибольшее значение имеет диастема между центральными резцами, которая связана с чрезмерным развитием соединительной ткани в этой области.

Верхние клыки, как правило, не подвержены значительной редукции. Это устойчивые, хорошо развитые зубы. Случаи сверхкомплектных клыков отмечаются, но значительно реже резцов. Клык обычно выступает несколько в вестибулярном направлении. Довольно часто верхний клык аномально прорезывается или ретенируется.

Верхние премоляры располагаются на закругленном отрезке дуги альвеолярного отростка верхней челюсти. Скученность премоляров может проявляться в сдвиге одного из них в небном направлении. Промежутков между премолярами, как правило, не бывает. В области верхних премоляров наблюдаются как процессы дифференциации (массивность и угловатость вестибулярных бугорков, выраженность гребней и борозд, образование дополнительных бугорков), так и процессы редукции (сглаженность рельефа коронки, уменьшение ее размера, уменьшение межбугорковой бороздки).

При нормальной эллипсоидной форме альвеолярного отростка верхние моляры располагаются по дуге. При параболоидной форме альвеолярного отростка они располагаются почти прямо. Верхние моляры в альвеолярном отростке располагаются веерообразно, т.к. коронки наклонены в вестибулярную сторону. Наиболее стабильным (ключевым) зубом является первый моляр, наиболее вариабельным — третий моляр. Третий моляр часто бывает ретенирован или аномалийно расположен. Это связано с недостатком места на альвеолярном отростке. Реже в ряду верхних моляров наблюдается гиперодонтия (четвертый моляр).

Нижние резцы, как правило, располагаются на альвеолярном отростке выпуклой кнаружи дугой. Они часто имеют скученное положение с различным поворотом вокруг оси. Редукция нижних резцов выражена незначительно, следовательно, гиподентия встречается крайне редко. Также редко встречается сверхкомплектный нижний резец между центральными резцами. Между резцами встречается диастема, хотя значительно реже, чем на верхней челюсти.

Нижние клыки, как и верхние, несколько выступают в вестибулярном направлении. Клык — зуб мало подверженный редукции. Нижний клык очень часто расположен аномалийно (чаще смещен в вестибулярном направлении). Между нижним клыком и первым премоляром часто наблюдается трема.

Форма премоляров широко варьирует — от клыкообразного до моляроподобного. Нижние премоляры нередко располагаются скученно.

Нижние моляры у современного человека располагаются приблизительно по прямой линии, хотя третий моляр может занимать различное положение вплоть до расположения его в ветви челюсти. Вертикальные оси нижних моляров наклонены в язычную сторону. Наиболее стабильным в этом ряду является первый моляр. Третий нижний моляр — зуб наиболее вариабельный, его коронка может иметь от 3 до 6 бугорков.

Этот зуб нередко бывает ретенирован. Промежутки (тремы) между нижними молярами наблюдаются весьма редко.

Таким образом, зуб представляет собой орган с довольно сложным строением, знание которого необходимо для правильного представления о физиологических и патологических процессах, происходящих в нём.

1.5. Мышцы челюстно-лицевой области

Рост мышц челюстно-лицевой области и их развитие происходит одновременно с развитием лицевого скелета и в процессе функционирования. Развиваясь, мышцы влияют на лицевой скелет, на соединительную ткань, на кожу, определяют внешний вид лица. Взаимно влияя друг на друга (скелет и мускулатура), органы челюстно-лицевой области приобретают определенную функциональную направленность.

Нарушения в развитии скелета или мускулатуры ведут к аномалийному формированию органов, которые обладают сниженной работоспособностью и малой резистентностью к отрицательно воздействующим внутренним и внешним факторам.

Мышцы челюстно-лицевой области развиваются из мезенхимы, окружающей первую челюстную дугу. Все мышцы челюстно-лицевой области состоят из нескольких самостоятельных групп и объединяются в одно целое лишь с анатомической точки зрения и в соответствии с их конечной комплексной функцией.

К самостоятельным мышечным группам относятся: 1) мимическая мускулатура, 2) жевательная мускулатура, 3) мышцы языка, 4) мышцы мягкого неба и 5) мышцы глотки.

Деление это условно, как условно любое выделение частей организованного целого. Все эти мышцы принимают участие в разнообразных сочетанных функциях органов этой области, и каждая группа мышц имеет свою главную функциональную ориентацию. Так, например, мимические мышцы преимущественно участвуют в мимике, дыхании и речи, меньше — в жевании. Жевательные — в жевании и речи, меньше — в дыхании.

Работа мышц происходит под влиянием центральной нервной системы на основе импульсов как исходящих из внешней среды, так и возникающих в самом организме. У человека в связи с высокой дифференциацией головного мозга эти качества достигают наибольшего развития.

Подробное изучение мышц челюстно-лицевой области в норме и при патологических состояниях дает возможность рационально построить план лечения, включая миогимнастику.

Схема действия жевательных мышц

Наименование мышцы	Собственная функция мышцы	Одновременное сокращение жевательных мышц на одной стороне	Одновременное двустороннее сокращение жевательных мышц
Собственно жевательная (m. masseter)	Поднимает нижнюю челюсть, продвигает		

Внутренняя крыловидная (m. pterygoideus internus)	Поднимает нижнюю челюсть, продвигает вперед, отводит в свою сторону	Поднимает нижнюю челюсть и отводит её в противоположную сторону	Поднимает нижнюю челюсть или поднимает нижнюю челюсть и отводит кзади
Височная (m. temporalis)	Поднимает нижнюю челюсть, оттягивает назад, отводит в противоположную сторону		
Подбородочно-язычная (m. genio-glossus)	Отводит нижнюю челюсть кзади, поднимает её кверху	Отводит нижнюю челюсть в противоположную сторону	Поднимает нижнюю челюсть и отводит кзади
Наружная крыловидная (m. pterygoideus externus)	Продвигает нижнюю челюсть вперед, отводит вниз в противоположную сторону	Продвигает нижнюю челюсть вперед, опускает её и отводит в противоположную сторону	Продвигает нижнюю челюсть вперед и опускает её
Двубрюшная (m. digastricus)	Опускает нижнюю челюсть, оттягивает кзади, и отводит в противоположную сторону	Опускает нижнюю челюсть и отводит в противоположную сторону	Опускает нижнюю челюсть и оттягивает кзади
Подбородочно-подъязычная (m. geniohyoideus)	Опускает нижнюю челюсть и отводит кзади	Отводит нижнюю челюсть в противоположную сторону	

Мимическая мускулатура

Индивидуальные особенности лица человека, психологические реакции, связанные с изменением выражения лица (радость, грусть, испуг и др.) обеспечивает большая группа мимических мышц. Отсутствие адекватной реакции лица на тот или иной факт говорят о маскообразном выражении лица. Для человека характерна игра мимической мускулатуры, отражающая психологическую настроенность субъекта в данный момент.

Поверхностная мышца шеи, мышцы лица и головы являются собирательной мимической мускулатурой, обуславливают функцию ротовой щели, органов полости рта, глотки и глаз и обладают самостоятельной мимической функцией. Работа мышц лица определяется как содружественной их деятельностью, так и наличием антагонизма между отдельными мышцами и между группами мышц. Кроме содружественной работы мышц обеих сторон имеет место самостоятельное функционирование мимических мышц левой и правой стороны.

Опорой для мышц лица с одной стороны служит кость (место начала — лицевой скелет), с другой — лабильные мягкие ткани (место прикрепления), главным образом *mm. orbicularis oris et orbicularis oculi*, которые, образуя опору для многих мышц, одновременно являются их основными антагонистами.

Язык и его мышцы

Функции органов полости рта — жевания и речи — принадлежит языку. При поражении языка (парез, паралич, ампутация) акт обработки пищи нарушается. Аномалии мышц языка (увеличение размеров) нарушают развитие зубочелюстной системы. Язык состоит из мышц, расположенных в поперечном, вертикальном и продольном направлениях. Все мышцы переплетаются между собой.

Различают мышцы, начинающиеся на костях, и мышцы, начинающиеся в мягких тканях, — собственные мышцы языка. Мышцы, начинающиеся на костях, обеспечивают перемещение языка во всех направлениях, при этом они перемещают и натягивают ткани дна полости рта, изменяя их форму. Изменение положения языка осуществляется подбородочно-язычными мышцами (*mm. genioglossus*), подъязычно-язычными мышцами (*mm. hyoglossus*) и шиловязычными мышцами (*mm. styloglossus*).

Участие мышц языка в разных его перемещениях

Направление перемещения мышц языка	Основные мышцы, перемещающие язык	Мышцы или пучки их, принимающие участие в перемещении языка
Вперед	Подбородочно-язычные мышцы	Передняя часть двубрюшной мышцы, челюстно-подъязычная мышца, подбородочно-подъязычная мышца и задняя часть подбородочно-язычной мышцы
Назад	Шиловязычные мышцы и задние отделы подъязычно-язычных мышц	Мышцы, фиксирующие подъязычную кость

Книзу	Подъязычно-язычные мышцы и средняя часть подбородочно-язычных мышц	Мышцы, фиксирующие подъязычную кость
Кверху	Шиловязычные, двубрюшные и шилоподъязычные мышцы	Челюстно-подъязычные, подбородочно-подъязычные, подбородочно-язычные (задние отделы) и мышцы мягкого неба
В сторону	Шиловязычная и подъязычно-язычная мышцы (с одной стороны)	Мышцы, фиксирующие подъязычную кость

Все движения языка могут происходить либо при расслабленной мускулатуре языка, либо при условии сокращений собственных мышц языка. Часто необходима при этом плотная фиксация подъязычной кости.

Собственные мышцы языка, сокращаясь, делают язык плоским или утолщают его, или же придают ему желобообразную форму.

Слизистая оболочка языка в различных местах имеет различное строение и снабжена многочисленными сосочками: 1) нитевидные (*papillae filiformes*), 2) грибовидные (*papillae fungiformes*); 3) желобоватые сосочки (*papillae vallatae*); 4) листовидные (*papillae foliatae*)

1.6. Анатомо-физиологические особенности височно–нижнечелюстного сустава

Строение височно–нижнечелюстного сустава (ВНЧС) характеризуется некоторыми анатомическими и функциональными особенностями по сравнению с другими суставами человека.

ВНЧС сформировался в филогенезе в зависимости от характера прикуса и движения нижней челюсти и от эволюции лицевого и мозгового отделов черепа. Он сложен не только по анатомическому строению, но и по функции, и представляется как замкнутая кинематическая система, движение в одном суставе вызывает движение и в другом. ВНЧС относится к двухосным суставам, движения в нем происходят по двум осям — горизонтальной и вертикальной. Сустав обладает тремя степенями свободы движения - в вертикальном, сагиттальном и поперечном направлениях. Большую роль в комбинации суставных движений играет нейрогенный фактор. Височно-нижнечелюстной сустав состоит из двух сочленений, связанных нижней челюстью. Движения только в одном сочленении являются невозможными (оба сочленения обязательно должны работать одновременно).

Сустав инконгруэнтный. ВНЧС — это специфический сустав, присущий только человеку. По мнению В.А. Хватовой, инконгруэнтность суставных поверхностей создает неустойчивость внутрисуставных взаимоотношений.

ношений, а также полную зависимость этих взаимоотношений от смыкания зубных рядов и состояния жевательных мышц.

Элементами височно-нижнечелюстного сустава являются: нижнечелюстная ямка, суставной бугорок, головка нижней челюсти и мыщелковый отросток, суставной диск, суставная капсула, нижнечелюстные суставные связки. Височно-нижнечелюстной сустав – сочленение, образованное височной и нижнечелюстной костью. Суставная ямка и суставной бугорок являются частью височной кости; суставная (нижнечелюстная) головка и суставной (мышцелковый) отросток относятся к нижнечелюстной кости.

У новорождённого элементы височно-нижнечелюстного сустава слабо развиты и не имеют четкой функциональной ориентированности, после 6-7-летнего возраста происходит формирование элементов височно-нижнечелюстного сустава.

Височно-нижнечелюстной сустав состоит из суставной ямки, расположенной на височных костях, и суставной головки нижней челюсти.

Каждое сочленение имеет хрящ-диск, суставную сумку, связочный аппарат. Форма элементов, составляющих височно-нижнечелюстное сочленение строго индивидуальна, и зависит от движений, происходящих в суставе. Движения в суставе обуславливаются работой жевательных мышц. Изменения работы мышц всегда ведут к изменению работы суставов, в результате чего появляются и изменения формы элементов. Височно-нижнечелюстное сочленение индивидуально и зависит от движений, происходящих в суставе. Типичную форму приобретают элементы височно-нижнечелюстного сустава при аномалиях развития зубочелюстной системы, что указывает на их зависимость. Изменения в форме височно-нижнечелюстного сустава наблюдаются и при потере зубов, так как при этом изменяется работа жевательной мускулатуры. Перестройка в височно-нижнечелюстном суставе происходит и под действием ортопедического лечения височно-нижнечелюстного сустава.

Функция височно-нижнечелюстного сустава. Особенностью движений суставной головки является комбинация поступательных и вращательных движений в суставе. Любое движение в суставе начинается с поступательного движения-скольжения суставной головки по заднему скату суставного бугорка, затем присоединяется вращательное движение вокруг горизонтальной оси головки. Эта характерная функциональная особенность отличает височно-нижнечелюстной сустав от других суставов скелета человека. Она обусловлена наличием в полости сустава суставного диска, который делит полость сустава на две камеры. В верхней камере происходят поступательные движения, и головка смещается вниз по заднему скату суставного бугорка. В нижней камере одновременно происходят вращательные движения вокруг горизонтальной оси, т.е. два отдела сустава, изолированные друг от друга диском, едины при выполнении функции, так как разнонаправленные движения в суставе происходят одновременно.

Другой функциональной особенностью височно-нижнечелюстного сустава является синхронность движений в двух суставах, так как оба су-

става (правый и левый) связаны между собой непарной нижнечелюстной костью. Эту особенность необходимо учитывать при диагностике заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.

Рис. 10. Три формы суставного бугорка: а) плоская; б) средняя; в) крутая.

Суставные головки при жевании совершают движения следующих плоскостях:

- вертикальной (открывание и закрывание рта);
- саггитальной (поступательное движение кпереди и кзади);
- трансверзальной (смещение вправо и влево).

Стабильность положения нижней челюсти обеспечивают окклюзионные контакты жевательных зубов, которые препятствуют смещению нижней челюсти, осуществляя «окклюзионную защиту» ВНЧС.

Предрасполагающими к развитию патологии являются четыре типа ВНЧС:

1 – эталон нормы – высокая суставная ямка, хорошо развитый мышцелок, умеренно развитый мениск, мышцелок располагается в центре суставной ямки,

2 – глубокая суставная головка, небольшой по размеру мышцелок и мощный мениск,

3 – глубокая, узкая суставная ямка, хорошо развитый мышцелок и уплощённый мениск,

4 – широкая уплотнённая суставная ямка при небольшом по размеру мышцелке при хорошо развитом мениске.

1.7. Антропометрические закономерности

Индивидуальные особенности строения лица и антропометрические закономерности его строения являются важными для диагностики заболеваний органов полости рта и челюстно–лицевой области.

Тип лица обуславливается размерами челюстей. Чем больше высота челюстей, тем длиннее лицо. Высота верхней челюсти с зубами колеблется в пределах 20—30 мм. Высота нижней челюсти с зубами равна 32—50 мм.

Рис. 11. Типы лица (по Бауэру) а) церебральный; б) респираторный; в) дигестивный; г) мышечный

На тип лица оказывает влияние развитость мозгового черепа, дыхательного аппарата, жевательного аппарата или костно-мышечной системы. Соответственно можно различать четыре типа лица: церебральный, респираторный, дигестивный и мышечный.

Высота лицевого черепа измеряется от точки *basion* до точки *gnathion*, ширина (скуловой диаметр) — между наиболее выступающими участками скуловых дуг. Высокий и широкий лобный отдел лица резко преобладает над остальными отделами, вследствие чего лицо приобретает пирамидальную (коническую) форму с основанием, направленным кверху. Мимика при церебральном типе лица концентрируется обычно в лобном отделе, вокруг больших и живых глаз.

Респираторный тип характеризуется преобладающим развитием среднего отдела лица (дыхательный аппарат), лицевая часть головы, шея и туловище приобретают ряд характерных особенностей. Сильно развиты полости носа и его придатки, верхнечелюстные пазухи велики, скулы немного выступают. Лицо имеет ромбовидную форму, нос сильно развит в длину, его спинка нередко выпукла.

Дигестивный тип характеризуется преобладающим развитием нижнего отдела лица (жевательный аппарат). Верхняя и нижняя челюсти чрезмерно развиты. Расстояние между углами нижней челюсти велико. Ветвь нижней челюсти очень широка, массивна, ее венечный отросток короткий и широкий, жевательные мышцы сильно развиты. Рот окаймлен толстыми губами. Подбородок широк и высок. Вследствие сильного развития нижнего отдела лица при относительной узости лобной части лицо приобретает иногда характерную форму трапеции (обратноконическое лицо). Линия границы волос нередко выпукла кверху. Мимика концентрируется преимущественно в нижнем отделе лица.

Мышечный тип — верхний и нижний отделы лица приблизительно равны, граница волос обычно прямая, лицо квадратной формы. Исследования показывают, чаще всего один тип сочетается с другим, а различие устанавливается только на основании преобладания тех или иных признаков, определяющих тип лица.

Следует отметить, что лицо человека диспропорционально: отмечается асимметрия в строении левой и правой половины. Это проявляется в том, что левая половина мозгового черепа больше правой половины, а левая половина лица длиннее. Спинка носа не совпадает со средней линией, кончик носа сдвинут на сторону. Расстояние между наружным углом глаза и углом рта не одинаково на обеих половинах лица, правая скуловая кость и нижняя половина верхней челюсти сдвинуты вправо, правая собачья ямка (*Fosa canina*) более глубокая и узкая. Зубы верхней челюсти и нижняя часть перегородки носа сдвинуты вправо.

1.8. Высота нижнего отдела лица

В стоматологии довольно часто применялся термин «высота прикуса». Одни под этим понимают высоту нижней трети лица, другие — расстояние между альвеолярными отростками челюстей, а некоторые отождествляют оба эти расстояния в качестве определяющих одну и ту же величину. Термин «высота прикуса» неверен, так как прикус — это тип соотношения зубных рядов, который, естественно, не может иметь ни высоты, ни ширины. Заменяющим термин «высота прикуса» является термин «высота нижнего отдела лица», что следует из общепризнанных антропометрических положений. В антропологии различают мозговой и лицевой череп. Для характеристики формы, размеров и соотношений различных частей установлены условные определенные точки: края костей, бугры, отверстия, швы — места пересечения линий и плоскостей.

Рис. 12. Антропометрические точки для определения высоты лицевого черепа: 1) nasion; 2) nasospinate; 3) gnathion.

Антропометрическими точками, определяющими высоту лицевого черепа, являются: точка на середине основания носа — *nasion*, лежащая в месте пересечения *sutura nasofrontalis* и *sutura internasalis*; челюстная точка — *gnathion*, наиболее выступающая книзу точка, расположенная на нижнем крае нижней челюсти по медианной плоскости. Точка *nasospinate* самая глубокая точка, расположенная ниже нижнего края *apertura piriformis*, лежащая в медианной плоскости; она залегает у основания *spina nasalis anterior* и делит лицевой череп на верхний и нижний отделы (рис. 8).

Лицо делят на три части: от границы волосистой части лба до середины линии надбровных дуг — верхняя треть лица, средняя треть лица начинается от середины линии надбровных дуг и кончается краями крыльев носа, от края крыльев носа до нижней части подбородка — нижняя треть лица. Лицо может быть разделено также с помощью четырех горизонталей: первая горизонталь проводится по границе волос на лбу, вторая — по верхнему краю бровей, третья — через носовую точку и четвертая — через подбородочную.

РАЗДЕЛ II. ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОИСК СИНДРОМНО-СХОДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Обследования челюстно-лицевой области больного является звеном общего обследования всего организма и изучения условий его существования во внешней среде и не имеет самостоятельного значения. В условиях целостного организма нет изолированных органов и систем.

Исследование челюстно-лицевой области должно входить в план общего обследования больного врачом любой специальности.

Первым этапом обследования больного является сбор анамнеза, включающего жалобы больного, историю заболевания и жизни больного. Круг вопросов, которые задает больному врач, зависит от характера болезни.

Врач-стоматолог при сборе анамнеза должен обратить внимание на сопутствующие заболевания. Иногда при расспросе удается установить, что ухудшение состояния зубочелюстной системы наступило в период обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта или после гриппа.

Для облегчения диагностического и лечебного процессов **жалобы** больного условно можно классифицировать как основные (главные) и второстепенные. Нередко пациенты предъявляют жалобы, которые на их взгляд являются основными (главными), а с точки зрения врача являются второстепенными. Например, пациенты обращают внимание на некрасивое положение переднего зуба, не замечая при этом тяжелой аномалии зубных дуг в виде их сужения. Обычно больные фиксируют внимание врача на местном поражении и реже жалуются на связь местного заболевания с нарушением функции других органов. Например, пациенты предъявляют жалобы на стоматологическую патологию и не связывают ее с появившимися нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта.

Наиболее характерными из них являются жалобы на болевые ощущения, которые могут быть постоянными или временными, острыми или тупыми, локализованными или разлитыми, самопроизвольными или связанными с прикосновением к зубу, участку тканей лица, челюстей и другими раздражениями.

Больные могут жаловаться на затрудненное пережевывание пищи (кариес, заболевания пародонта, травматическая окклюзия, отсутствие нескольких или всех зубов). На боль и кровоточивость в деснах, слизистой оболочке, на обильное слюнотечение или наоборот сухость во рту, патологическую стираемость или подвижность зубов, могут предъявлять жалобы по поводу дефекта или деформации лица, которые вызывают функциональные и эстетические нарушения.

Мышечная дисфункция может вызывать головные боли и боли в области шеи и плечевого пояса, спины, боли в области ВНЧС, нарушение осанки, неприятные ощущения в области глаз, боль за ушами, нарушения слуха, бруксизм, переломы коронковой части зубов, реставраций, онемение и парестезии в области пальцев рук, головокружение и общую уста-

лость. Все эти симптомы могут быть вызваны незначительным (от нескольких микрон до 1мм) отклонением нижней челюсти в положении физиологического покоя.

Жалобы больных на слабость, недомогание, повышение температуры, асимметрию лица, боли при открывании рта в области височно-нижнечелюстного сустава, утреннюю скованность, шумовые реакции в области сустава, ограничение подвижности нижней челюсти, невозможность длительно пережевывать пищу (ревматоидный артрит ВНЧС), болью в обоих височно-нижнечелюстных, а также других, особенно крупных суставах (ревматический артрит ВНЧС). При артрозе боль усиливается к вечеру, для бруксизма характерна боль во время или после сна. При артрите, как и при воспалении пульпы зуба, тканей периодонта, альвеолите, перикоронорите, папиллитете, наблюдается острая, тупая, ноющая, стреляющая, иррадиирующая боль. Такая же боль наблюдается и при неврите лицевого нерва, невралгии тройничного нерва, синусите. Затруднение, либо невозможность с силой сомкнуть зубные ряды, определяется при парависочной функции мышц, опускающих нижнюю челюсть. При остром бактериальном артрите, артрозах наблюдаются произвольные движения языка, мнимое жевание, утомляемость мышц, наличие болевых ощущений в мышцах, на лице, в области ВНЧС, а также боль, усиливающаяся при малейшей попытке движения нижней челюсти, которая иррадиирует в ухо, височную область, шею.

При артрозах утром больной чувствует заметное улучшение. Типичны стартовые боли, возникающие при первых движениях нижней челюсти, затем сустав как бы разрабатывается. Отмечается чувство усталости жевательных мышц, и боль в височной области при приеме твердой пищи. Нередко при артрозах ВНЧС больные предъявляют жалобы на появления парестезии кожи лица в околоушно-суставной области, что связывают с невритом ушно-височного нерва. Кроме того, наблюдаются иррадиации боли на стороне больного сустава, головная боль, парестезия слизистой оболочки полости рта, понижение слуха, глоссалгия (артриты, артрозы), что также вызвано дегенеративными изменениями в шейном отделе позвоночника (остеохондроз).

Туберкулёзный артрит характеризуется умеренными, локальными болями, ограничением функции сустава, наличием абсцессов с образованием свищей на коже лица и наружного слухового прохода. При актиномикотическом артрите наблюдаются синюшность кожных покровов, контрактуры жевательных мышц, наличие плотных, длительно развивающихся инфильтратов, периодическим обострением процесса с образованием свищей с «пышными» грануляциями. Вывихи, подвывихи характеризуются щелканьем в суставах различной интенсивности, непривычными движениями нижней челюсти (плавные, зигзагообразные, круговые, толчкообразные, движение нижней челюсти в сторону) облизыванием губ, упором кончиком языка в щеку во время покоя нижней челюсти.

Патологические процессы, развивающиеся в челюстно-лицевой области, в большинстве случаев бывают признаками воспаления, чаще одонтогенной природы. Они отличаются определенным характером болей, что может служить основанием для дифференциальной диагностики некоторых заболеваний. Субъективные симптомы являются отражением объективных процессов в организме и зубочелюстной системе, однако трактовка их зависит от состояния нервной системы.

2.1. ОСТРАЯ БОЛЬ

Для острых форм пульпита K04.01 (МКБ-10) характерны следующие симптомы:

Самопроизвольная боль, возникающая без воздействия внешних раздражителей. Возникновение самопроизвольных болей объясняется многими причинами — нарушением кровообращения, раздражением нервных окончаний бактериальными токсинами и продуктами распада органической субстанции дентина и пульпы, изменением рН в очаге воспаления и др.

Приступообразный характер болей, т.е. частое чередование болей с безболевыми промежутками, характерен для острого пульпита и обострений хронического пульпита. Такое чередование связано, вероятно, с адаптационной способностью организма к восприятию длительной боли, переутомляемостью нервной системы, периодическим сдавлением нервных рецепторов в результате отека пульпы и т.д.

Усиление болей ночью характерно для острого пульпита и обострения хронического пульпита. Известно, что симптом боли, сопровождающий любое заболевание, ночью воспринимается сильнее, чем днем. Это объясняется превалированием в ночное время деятельности парасимпатической нервной системы над симпатической системой. Усиление болей также связано с замедлением ночью ритма сердечной деятельности, а, следовательно, и кровообращения, что ведет к накоплению в пульпе токсических продуктов обмена, вызывающих раздражение нервных рецепторов.

Действие раздражителей — механических, химических и температурных — при кариесе вызывают кратковременную боль, которая ликвидируется немедленно после прекращения действия раздражителя. При пульпите, наоборот, болевой приступ продолжается и после устранения раздражителя. Болевая реакция при пульпите возникает обычно и от воздействия весьма слабых раздражителей. Так, если здоровая пульпа воспринимает тепло при температуре 50 – 60°C и ощущает холод при 15 – 20°C, то диапазон температурных колебаний, на который отвечает воспаленная пульпа, значительно сужается и орошение зуба водой температуры 28 – 30°C уже вызывает боль.

Боли, которые связаны с первичной дисфункцией скелетной мускулатуры, часто остаются нераспознанными, так как связаны с объективны-

ми диагностическими трудностями, и с малой информированностью врачей о триггерных точках и миофасциальных болях.

Триггерная точка – участок повышенной чувствительности (гипер-раздражимая область) в пределах локального мышечного уплотнения, проявляющийся резкой болезненностью при пальпации и принимающий участие в различных мышечно-тонических и вегетативных реакциях (синонимы: локальный гипертонус мышцы, миофасциальная триггерная точка).

Триггерные точки могут формироваться практически во всех мягких тканях (в том числе и в фасциях), но преобладают в крупных скелетных мышцах, выполняющих статические функции. Наиболее часто триггерные точки встречаются в мышцах шеи и плечевого пояса (трапециевидная, ротаторы шеи, лестничные, поднимающая лопатку, надлопаточная, надостная, подостная мышцы), а также в области таза и в жевательной мускулатуре.

Большое значение в развитии триггерных точек имеют однотипные движения; длительное, вынужденное положение тела или отдельных его частей (статические позно-тонические перегрузки мышц); в т.ч. значительные кинетические напряжения опорно-двигательного аппарата; неравномерный ритм рабочих операций, травмы, микротравмы.

Триггерные точки главным образом образуются от перенапряжения мышц, которое бывает при статических нарушениях, нарушении осанки, заболеваниях опорно-двигательного аппарата, неврологических заболеваниях и после травм. У больных с дисфункцией височно-челюстного сустава и болевой иррадиацией выявляется дискоординация активности жевательных мышц. Боль, вызванная ишемией мышцы, приводит к серьезному нарушению почерка, тогда как такая же ишемия без боли не нарушает почерка.

Проявлениями болевого фактора триггерных точек могут быть рецидивы хронических висцеральных заболеваний, а также переохлаждение и аллергия.

2.2. Триггерные точки крыловидной, височной, жевательной мышц

Рис. 12. Схема распространения боли при локализации триггерных точек в разных частях латеральной крыловидной мышцы.

Рис. 13. Схема распространения боли при локализации триггерных точек в разных частях медиальной крыловидной мышцы.

Рис. 14. Схема распространения боли при локализации триггерных точек в разных частях височной мышцы.

Рис.15. Схема распространения боли при локализации триггерных точек в разных частях височной мышцы.

Рис. 16. Схема распространения боли при локализации триггерных точек в разных частях жевательной мышцы

Боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), жевательных и височных мышцах может быть следствием нарушения окклюзионных взаимоотношений зубных рядов, уменьшения межальвеолярной высоты из-за стираемости зубов или дефектов в зубных рядах. Врачу необходимо уточнить локализацию боли, ее характер и интенсивность.

Критерии диагностики миофасциального синдрома: жалобы на региональную боль; пальпируемый «тугой» тяж в мышце; в пределах «тугого» тяжа имеется участок повышенной чувствительности; характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств; ограничение объема движений.

2.3. Парестезии

Жалобы на жжение, покалывание, саднение, онемение, пощипывание, чувство жара, боли ломящего, давящего характера в языке и на нёбе. Нарушение вкусовых ощущений, набухание, тяжесть, неловкость, невнятная речь, симптом щажения языка.

Диагностические признаки K14.68 (МКБ-10) глоссалгии, K14.61 (МКБ-10) глоссодинии и K14.0 (МКБ10) глоссита.

Показатель	Глоссалгия	Глоссодиния	Глоссит
Причина возникновения	Заболевания ЦНС инфекционного, травматического и сосудистого происхождения	Заболевания внутренних органов и систем. Функциональные невроты	Механическая, физическая, химическая травмы, инфекции, заболевания ЖКТ, беременность
Локализация болевого симптома	Передние 2/3 язы-	Боли разлитые, без чётких контуров, иногда распростра-	Боль в месте по-

	ка, весь язык, корень языка	няются на слизистую полости рта, нёба	вреждения
Характер ощущений	Набухание, тяжесть, неловкость, невнятная речь, симптом щажения языка. Боль во время еды не исчезает	Жжение, покалывание, саднение, онемение, пощипывание, чувство жара, боли ломящего, давящего характера. Боль во время еды исчезает	Ноющая боль, во время еды усиливается под влиянием механических, физических, химических факторов
Вегетативные расстройства	Гиперемия или побледнение слизистой языка или полости рта, отёчность языка и щек	Ксеростомия, особенно ночью	Нет
Влияние анестезирующих веществ на болевой симптом	Боль исчезает после блокады регионарных, ганглионарных, периваскулярных, вегетативных или симпатических нервных образований	Блокада нервных образований не даёт длительного лечебного эффекта	Кратковременное исчезновение боли после аппликационной анестезии

2.4. Нарушения конфигурации лица: острые одонтогенные воспалительные заболевания

Для острого **периодонтита K04.4 (МКБ-10)** характерны острые, локализованные боли в зубе, боли при накусывании. Далее они усиливаются, становятся постоянными и иррадиируют по ходу ветвей чувствительных нервов.

Острый гнойный периостит K04.7 (МКБ-10) челюсти проявляется распространением боли от причинного зуба на участок челюсти, т.е. боль носит разлитой характер. Боли при остром остеомиелите челюсти в зависимости от локализации процесса и протяженности поражения кости разнообразны: острые, иррадиирующие по ходу нервов, сверлящие, разлитые.

Абсцессы, острый лимфаденит, специфические воспалительные процессы головы, шеи, челюстей характеризуются болями ноющего характера.

ра, локализующимися в участке пораженных тканей. При пальпации они могут усиливаться.

При флегмоне K12.2 (МКБ-10), аденофлегмоне, фурункулах, карбункулах боли носят разлитой, постоянный характер. В дальнейшем интенсивность болей усиливается, они становятся дергающими, пульсирующими. Помимо локальных болей, при воспалительных процессах наблюдаются головные боли, недомогание, потеря аппетита, сна, озноб и другие проявления, отражающие степень интоксикации. Болевые ощущения могут возникать при движении нижней челюсти, языка, глотании, дыхании, разговоре. Это наблюдается при воспалительных, онкологических заболеваниях, травмах мягких и костных тканей лица, органов полости рта. Возможно нарушение жевания, глотания, открывания рта, вкуса, дыхания. Затрудненное глотание, дыхание – симптомы, при которых требуется безотлагательное дальнейшее обследование больного.

Фурункулы и карбункулы в 64,2% случаев локализуются на лице, чаще всего локализуются в периорбитальной, щечной, подглазничной областях и верхней губе.

Рис. 17. Фурункул надбровной области.

Рис. 18. Фурункул подбородка.

Карбункулы - на верхней и нижней губе, области подбородка

Рис. 19. Карбункул верхней губы.

Рис. 20. Карбункул щеки.

Одонтогенные абсцессы и флегмоны делят на три группы.

1. Абсцессы и флегмоны **K12.2 (МКБ-10)**, располагающиеся около нижней челюсти. **Поверхностные** – расположены в подчелюстной, подподбородочной, околоушно-жевательной областях. **Глубокие** - крыловидно-челюстного, окологлоточного, подъязычного пространства и дна полости рта.

2. Абсцессы и флегмоны, располагающиеся около верхней челюсти. **Поверхностные** находятся в подглазничной, щёчной областях; **глубокие** – в подвисочной, крыло-нёбной ямках.

3. Абсцессы и флегмоны соседних с околожелюстными тканями областей (скуловой, височной, позаднечелюстной областей, глазницы, языка, шеи), куда гнойный процесс распространяется по протяжению.

По тяжести клинического течения всех больных с флегмонами челюстно-лицевой области разделяют на три группы:

1. – больные с флегмонами, локализующимися в одном клеточном пространстве;
- 2 – больные с тяжёлыми формами флегмон, вовлекающими два и более двух клеточных пространств;
- 3 – больные с флегмонами и сопутствующими общими заболеваниями (сахарный диабет, болезни крови, сердечно-сосудистая недостаточность и другие), отягощающими течение воспалительного процесса в челюстно-лицевой области.

По сравнению с абсцессами флегмоны характеризуются более выраженными общими симптомами: головная боль, слабость, плохой сон, потеря аппетита, повышение температуры тела – 39-39 гр., лейкоцитоз, увеличение СОЭ (Приложение 4), нарушение иммунитета, белкового обмена и др. Одонтогенные флегмоны характеризуются быстро увеличивающейся, резко болезненной припухлостью в околочелюстных тканях. Следует отметить, что боль в причинном зубе значительно уменьшается, и он становится подвижным, но при обследовании соседних зубов изменений нет.

В диагностике одонтогенных флегмон имеют значение четыре местных признака, встречающиеся в различных комбинациях.

Первый признак, так называемого **«причинного» зуба** выявляется на основании жалоб больного, осмотра, инструментального обследования полости рта, рентгенографии даёт представление о распространении одонтогенной инфекции в ближайшее к зубу клетчатое пространство лица.

Второй признак – признак **выраженности разлитого воспалительного уплотнения (инфильтрата)** и окружающего его отёка мягких тканей околочелюстной области, покрытых напряжённой, лоснящейся, покрасневшей кожей, что характерно для поверхностных флегмон. При флегмонах глубоких клетчаточных пространств лица, мало доступных для осмотра и прощупывания, этот признак слабо выражен или отсутствует, что успокаивает больного, несмотря на постоянные боли.

Третий признак – **нарушение двигательной функции нижней челюсти** от ограничения до невозможности открывать рот – характерен для глубоких флегмон и абсцессов крыловидно-челюстного, жевательного, подъязычного пространств, подвисочной, крыло-нёбной и височной ямок, при которых гнойник располагается под жевательными мышцами.

Четвёртый местный признак – **признак болезненного глотания** – отмечается при глубоких флегмонах и абсцессах крыловидно-челюстного, подъязычного пространств, дна полости рта и языка. У больных флегмоной окологлоточного пространства глотание не только болезненное, но и затрудненное, нарушается речь и дыхание.

Больные могут предъявлять жалобы на болезненность и припухание слюнных желез, сухость в полости рта, неприятный солоноватый привкус, связанный с приемом пищи, что характерно для заболеваний слюнных желез.

Больные нередко жалуются на нарушение симметрии лица. Это может происходить вследствие воспалительной отёчности мягких тканей лица, новообразования тканей лица, челюстей, деформации отдельных его участков, нарушения акта речи (из-за отсутствия фронтальных зубов или неправильно изготовленных протезов).

Сопоставляя жалобы на боли с характером припухлости, в одних случаях можно говорить о заболеваниях воспалительного характера, в других — об опухоли или опухолеподобном образовании, о заболеваниях ВНЧС и др.

Схема ориентировочной основы действия по диагностике острых одонтогенных периоститов челюстей - К10.22(МКБ-10)

Последовательность действий	Клинические симптомы	Цель использования, клинический пример
<p>Психоэмоциональное состояние</p> <p>жалобы больного:</p> <p>а) общие</p> <p>б) местные</p>	<p>Беседа с больным</p> <p>Общая слабость, недомогание, головные боли, повышение температуры тела</p> <p>боли в области причинного зуба;</p> <p>боли усиливаются при надкусывании на «причинные» зубы</p> <p>боли, иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва (в ухо, висок, глаз)</p> <p>боли усиливаются от тепловых процедур, успокаиваются от холода</p> <p>припухлость тканей десны и окружающих мягких тканей в области «причинного» зуба</p> <p>затрудненное пережевывание пищи</p> <p>ограниченное болезненное открывание рта</p>	<p>Мотивация пациента</p> <p>Признаки общей интоксикации организма</p> <p>Раздражение периферических нервных окончаний периодонта</p> <p>Рефлекторное раздражение нервных окончаний (афферентных импульсов)</p> <p>Тепло усиливает гидратацию, холод вызывает спазм сосудов</p> <p>Характерно наличие припухлости тканей на стороне поражения</p> <p>Боль при надкусывании «причинного зуба»</p> <p>В случаях, когда «причинными» явились нижние моляры и третьи верхние моляры</p>
Анамнез заболевания	Время появления пер-	Давность заболевания

	<p>вых признаков заболевания</p> <p>Проводилось ли лечение до момента обращения, его эффективность</p>	<p>имеет значение для определения типа воспаления и для выбора метода лечения. Для решения вопроса о необходимости продолжения и коррекции лечения</p>
Анамнез жизни	<p>Перенесенные и сопутствующие заболевания: аллергологический анамнез, вредные привычки, наследственность</p>	<p>Для решения вопроса о необходимости дополнительных методов обследования и лечения</p>
Общее состояние больного.	<p>средней тяжести</p> <p>37,5°C, 38,8°C и более</p>	<p>Вследствие выраженной интоксикации организма</p>
изменение температуры тела	<p>На стороне поражения лица отмечается нарушение конфигурации лица, гиперемия кожи</p>	<p>Защитная реакция вследствие интоксикации</p>
Внешний осмотр состояние регионарных лимфоузлов.		<p>Вследствие отека инфильтрации мягких тканей в области «причинного» зуба</p>
Пальпация	<p>При пальпации (подчелюстных, околоушных лимфатических узлов) определяется болезненность.</p> <p>Кожа в складку собирается свободно, болезненность при пальпации</p> <p>Наличие контрактуры нижней челюсти</p>	<p>Увеличенные лимфатические узлы не спаяны с прилежащими мягкими тканями</p> <p>Характерно для острых воспалительных процессов на месте локализации воспалительного процесса</p> <p>Рефлекторное сокращение жевательных мышц, прилежащих к очагу воспаления</p>

Осмотр полости рта	Нарушение (болезненное) глотания	При периоститах, исходящих от третьих моляров, отмечается болезненное глотание за счет вовлечения в воспалительный процесс тканей глоточного кольца
	Определение КПУ	Источником одонтогенной инфекции являются пораженные кариесом зубы
Предварительный диагноз	Наличие разрушенных или подвижных зубов, перкуссия «причинного» зуба болезненна. Подвижность зубов (I, II, III степени)	Раздражение вовлеченных в воспалительный процесс нервных окончаний в периодонте, пародонте
	Гиперемия, отечность и синюшность слизистой оболочки переходной складки в области «причинных» зубов	Расплавление гнойным процессом тканей периодонта и пародонта, характерные признаки воспалительного процесса
		Одонтогенный острый периостит челюстей (указать локализацию).
		Для определения состояния периодонта и близлежащих костных тканей.
Дополнительные методы исследования	Прицельная рентгенография в области «причинного» зуба.	Резко выраженная интоксикация организма.
Клинический анализ крови	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, СОЭ увеличенна.	Резко выраженная интоксикация организма.
Клинический анализ мочи	Наличие белка в моче	Резко выраженная интоксикация организма

Невправляемый вывих суставного диска, его деформация характеризуется ограничением подвижности нижней челюсти вследствие механического препятствия при внутренних нарушениях в суставе, наблюдается деформация суставной головки, суставного бугорка при системных заболеваниях, артрозах и артритах.

Аускультативные признаки. Щелчки наблюдаются при нарушениях координированных движений между суставной головкой и суставным диском при внутренних нарушениях. Хруст связан с деформацией суставных поверхностей, уменьшением количества суставной жидкости, шум трения связан с уменьшением количества суставной жидкости.

2.5. Травматические повреждения челюстно-лицевой области

Схема ориентировочной основы действия по диагностике
травматических повреждений
челюстно-лицевой области -S02.4 (МКБ-10)

Последовательность действий	Клинические симптомы	Цель использования, клинический пример
Опрос больного Психоэмоциональное состояние	Обеспокоенность	Острая и хроническая травма челюстно-лицевой области
Жалобы	Безразличие Подавленность	Хроническая интоксикация
	На боль (локализация, характер, нарушение чувствительности)	Боль является одним из признаков травмы челюстно-лицевой области, её интенсивный характер зависит от локализации и степени повреждения ткани
Изменение общего состояния	Головная боль, головокружение, рвота, ретроградная амнезия, бессознательное состояние	Имеют большое значение в диагностике повреждений ЦНС. Травма не редко может повлечь за собой функциональное и косметическое нарушение че-

Анамнез заболевания	Время получения травмы, механизм получения травмы, оказание первой помощи	люстно-лицевой области Выяснение этих данных имеет значение для оказания квалифицированной помощи
Анамнез жизни	Перенесенные и сопутствующие заболевания, вредные привычки	Необходимо учитывать, т.к. заболевания крови, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, болезни печени влияют на течение и заживление повреждений челюстно-лицевой области
Аллергологический анамнез	Опрос больных (сопровождающих лиц при бессознательном состоянии больного)	Имеет значение для выбора метода обезболивания и медикаментозного лечения
Осмотр	Сознание, рефлексы. Реакция зрачков Температура тела Пульс АД Наличие сопутствующих повреждений	Травма челюстно-лицевой области может сопровождаться сотрясением, ушибом головного мозга, внутричерепным кровоизлиянием, переломом основания черепа. АД и пульс характеризуют повреждение ЦНС и состояние сердечно-сосудистой системы. Повышение температуры тела может свидетельствовать о наличии воспалительного процесса
Дыхание	Затруднённое дыхание	Может быть результатом возникновения

Конфигурация лица	Форма лица изменена	препятствий в дыхательных путях (инородное тело, отёк, смещение тканей) В результате отёка, кровоизлияния, смещения костных фрагментов. При переломе верхней челюсти по типу ФОР II и ФОР III лицо удлиняется за счёт смещения костных фрагментов (отломков) вниз
Цвет и состояние кожных покровов	Наличие кровотечения или следов крови, подкожное кровоизлияние.	Хорошее кровоснабжение челюстно-лицевой области обуславливает быстрое развитие кровоподтёков, особенно часто в области век «симптом очков». Тип перелома ФОР II и ФОР III
Выражение лица.		Лицо может приобретать страдальческое выражение
Открывание рта	Открывание рта ограничено	За счёт болезненности и смещения костных обломков
Осмотр полости рта. Состояние слизистой оболочки, полости рта (зубы, язва).	Нарушение целостности слизистой оболочки полости рта	Может свидетельствовать об открытом переломе челюстей.
Пальпация и перкуссия:	1. Болезненность 2. Консистенция 3. Деформация	Данные симптомы являются характерными для перелома челюстей

<p>Прикус</p> <p>Речь</p> <p>Дополнительные методы исследования: рентгенография костей лицевого скелета.</p> <p>ЭОД</p> <p>ОАК и ОАМ, по показаниям, ЭКГ, электроэнцефалография, рентгенография органов грудной клетки</p>	<p>4. Крепитация 5. Патологическая подвижность челюсти 6. Состояние регионарных лимфатических узлов</p> <p>Нарушение положения зубов, их болезненность и подвижность Нарушение прикуса</p> <p>Невнятная речь, обильное слюноотечение</p>	<p>Увеличение региональных лимфатических узлов свидетельствует о присоединившейся инфекции и развитии воспаления</p> <p>Нарушение прикуса может быть при переломе, вывихе зубов, при переломах челюстей</p> <p>Уточняет наличие и локализацию линий перелома</p> <p>Понижение или полное отсутствие пульпы указывает на повреждение нервного пучка зуба. Такой зуб подлежит удалению или депульпированию.</p> <p>Кроме анализа крови, остальное обследование назначается по показаниям</p>
--	--	--

Рис. 21. Морфологические элементы, их проявления при заболеваниях СОПР, языка, губ.

2.6. Опухолевые процессы в челюстно-лицевой области

Нередко опухолевые процессы в челюстно-лицевой области выявляются впервые врачом-стоматологом при обращении пациента с другим заболеванием: заболеваниями твёрдых тканей зуба, пародонта, заболеваниями слизистой полости рта, языка, после восстановления целостности зубного ряда (при частичном отсутствии зубов), полного съёмного протезирования и др.

Рис. 22. Фиброма - K12.12(МКБ-10).

Рис. 23. Карцинома слизистой оболочки щеки.

Рис. 24. Экссудативно–гиперемическая форма красного плоского лишая - K12 нередко трансформируется в эрозивно-язвенную форму.

Схема ООД. Методы обследования с целью диагностики заболеваний слизистой полости рта K12 (МКБ-10), языка K14.0 (МКБ-10), губ K13.0 (МКБ10)

№	Последовательность обследования	Клинические симптомы	Цель использования, клинический пример
1	2	3	4
1.	Опрос больного I. Жалобы	Боль в каком-либо участке слизистой оболочки полости рта Неприятные ощущения (покалывания, жжения)	Раздражение, давление нервных окончаний при воспалении и других патологических процессах Нарушение вегетативной иннервации (глоссалгия), анемия, кандидоз, съёмное или несъёмное протезирова-

		<p>Изменения рельефа слизистой оболочки</p> <p>Сухость во рту</p> <p>Изменения общего состояния (температура тела, слабость, недомогание)</p> <p>Отсутствуют</p> <p>Металлический привкус во рту</p> <p>Извращение вкуса, ломкость ногтей, выпадение волос, множественный кариес</p> <p>Повышенное слюноотделение (пенистая слюна).</p> <p>Чувство втянутости</p>	<p>ние</p> <p>Наличие элементов поражения</p> <p>Раздражение вегетативных волокон в нервном стволе (глоссалгия). Заболевания слюнных желез, выводных протоков, сахарный диабет, гальваноз, заболевания ЖКТ, кандидоз</p> <p>Острые инфекционные заболевания (вирусные), токсико-аллергические реакции (многоформная экссудативная эритема) и др.</p> <p>Бессимптомное течение заболевания; патологические изменения во рту определяютслучайно при осмотре, лейкоплакия, красный плоский лишай, сифилис, лепра</p> <p>Гальваноз, анацидный гастрит</p> <p>железодефицитная анемия</p> <p>МЭЭ-многоформная, экссудативная эритема</p> <p>Лейкоплакия, красный плоский лишай, химическая травма</p>
2.	Анамнез жизни		Некоторые заболевания

	(an. vitae) Пол, возраст		встречаются в определённой возрастной группе (язвенно-некротический гингивит Венсана, острый простой герпес), определённого пола (красный плоский лишай)
	Перенесенные и сопутствующие заболевания	<p>Заболевания желудочно-кишечного тракта, онкологические</p> <p>Эндокринные заболевания (сахарный диабет)</p> <p>Заболевания крови (лейкозы, анемию, полицитемия и др.), вирусный гепатит, ТБС</p> <p>Заболевания сердечно-сосудистой системы</p>	<p>Глосситы, глоссодиния, гиповитаминозы, заеда, язвенно-некротические поражения, заболевания пародонта</p> <p>Способствуют развитию пародонтита, кандидоза, красного плоского лишая (КПЛ)</p> <p>Имеют проявления в полости рта</p> <p>Предрасполагают к развитию заболеваний слизистой оболочки рта (пузырно-сосудистый синдром, трофическая язва)</p>
	Профессиональные вредности	<p>Химические предприятия нефтеперерабатывающей промышленности</p> <p>Контакт с пестицидами</p> <p>Контакт с радиоактивными веществами, тяжелыми металлами</p> <p>Работа на улице, в поле</p>	<p>Контакт с канцерогенными веществами способствует развитию предраковых заболеваний, злокачественных новообразований</p> <p>Лучевая болезнь, отравление солями тяжелых металлов: свинцом, висмутом, ртутью</p> <p>Повышенная инсоляция предрасполагает к раз-</p>

			витию предраковых заболеваний, к развитию актинического, метеорологического хейлита
	Вредные привычки	<p>Курение, приём алкоголя, жевание наркотических веществ</p> <p>Привычное прикусывание слизистой</p>	<p>Развитие предраковых состояний слизистой оболочки полости рта (лейкоплакия, хейлит Манганотти др.)</p> <p>Хроническая механическая травма (мягкая лейкоплакия)</p>
	Аллергологический статус	Аллергия к продуктам питания, к лекарствам, к бытовым веществам	Развиваются и тяжелее протекают различные аллергические заболевания (экзематозный хейлит)
	Наследственность	Наличие аналогичной болезни у родственников	Буллезный эпидермолиз, экзематозный хейлит
3.	Развитие настоящего заболевания (an. morbi)	<p>Начальные симптомы заболевания</p> <p>Давность заболевания, особенности течения</p> <p>Возможная причина болезни</p> <p>Частота рецидивов, обследования</p> <p>Эффективность проводимого ранее лечения</p>	<p>Возможен продромальный период</p> <p>Влияние на тяжесть, течение заболевания, развитие осложнений, на выбор метода лечения</p> <p>Травмирующий фактор</p> <p>Характеризует тяжесть течения заболевания</p> <p>Позволяет подобрать оптимальный метод лечения и лекарственные средства</p>

	Осмотр больного А. Внеротовая область (кожные покровы)	Грудная клетка, предплечье, кисти, сгибательная по- верхность конечно- стей, стопы	Красный плоский ли- шай, ящур, МЭЭ, хро- нический рецидивиру- ющий герпес (ХРГ), опоясывающий лишай, пузырчатка
	Психоэмоциональное состояние	Обеспокоенность	Острая и хроническая травма слизистой поло- сти рта, язвенно- некротический гингиво- стоматит Венсана, глос- салгия
		Безразличие	Хроническая интокси- кация солями тяжелых металлов, авитаминозы
		Подавленность	Хронический рецидиви- рующий афтозный сто- матит (ХРАС), раковая язва, туберкулёзная язва и т.д.
	Состояние видимых кожных покровов, красной каймы губ и видимых слизистых оболочек носа, глаз	Цвет	Цвет кожи изменен при нарушении общего со- стояния организма (бо- лезни крови и др.)
	Носогубная складка Наличие:	Наличие элементов поражения на коже	Красный плоский ли- шай, красная волчанка, пузырчатка, хрониче- ский рецидивирующий герпес, опоясывающий лишай, ревматизм
		Наличие элементов поражения на слизистой оболочке глаз, носа	Многоформная экссуда- тивная эритема, пузыр- чатка, вирусные пора- жения, синдром Бехчета
		Сглажена	Неврит лицевого нерва, острые одонтогенные

		Шелушение, трещины, корочки	воспалительные заболевания Недостаточность рибофлавина (В ²)
		Пузырьков	Острый герпетический стоматит, опоясывающий лишай, пузырчатка
	Точки Валле	Болезненность при пальпации	Неврит ветви тройничного нерва, гайморит
	Состояние региональных лимфатических узлов	Размер	Увеличение при сифилисе, раке, острых воспалительных процессах в полости рта
		Консистенция	Плотнoэластическая консистенция при сифилисе
		Субъективные ощущения при пальпации	Болезненность при остром воспалительном процессе, отсутствие боли при раке, сифилисе
		Спаянность с окружающими тканями	Спаянность возможна при раке
	Обследование выделительной функции слюнных желез	Пальпация слюнных желез	Отсутствие выделения секрета из протоков или изменения его вида
	Наличие папул		Экссудативно-гиперемическая форма красного плоского лишая (КПЛ)
	Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани В. Осмотр: слизистая	Шелушение, чешуйки	Эксфолиативный хейлит

губ.	шуйки, корки	лит, острая лучевая болезнь, наследственность
Красная кайма губ	Трещины, эрозии, язвы, пузырьки	Простой glandулярный хейлит, острый герпетический стоматит, вредные привычки, патологический прикус, острая лучевая болезнь
Слизистая и переходная складка	Гиперкератоз	Лейкоплакия, кандидоз, механическая и физическая травма, острая лучевая болезнь
	Афты	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, колиты, энтероколиты, МЭЭ
	Эрозии	Острый герпетический стоматит, хронический рецидивирующий герпетический стоматит, сифилис
Углы рта	Заеда	Сифилис, кандидоз, авитаминозы, стрептококковая заеда, арибофлавиноз, туберкулез, нарушение клинико-лабораторных этапов при протезировании
Слизистая щек и переходная складка	Гиперемия, отечность	Острый, герпетический стоматит, аллергический стоматит, ОРВИ
	Петехии	Острая лучевая болезнь, острый лейкоз, острая травма
	Папулы	Красный плоский лишай, сифилис, кандидоз, ВИЧ-инфекция, гальваноз, МЭЭ
	Бляшка	Механическая травма,

		Эрозии	лейкоплакия Многоформная экссудативная эритема, острый герпетический стоматит, аллергический стоматит, красный плоский лишай, сифилис, синдром Стивена-Джонсона
		Пузырек	Аллергические высыпания, острый герпетический стоматит, ветряная оспа, МЭЭ, КПЛ (буллёзная форма)
	Десна и альвеолярный край	Гиперемия, отечность	Гингивит, пародонтит, заболевания ЖКТ, аллергический стоматит, острый герпетический стоматит, острые одонтогенные заболевания челюстно-лицевой области
		Изъязвления, некротический налет	Язвенно-некротический гингивостоматит Венсана, сахарный диабет, острый лейкоз, ВИЧ-инфекция, сердечно-сосудистые заболевания, сифилис, съёмное протезирование
		Наличие зубодесневых карманов, подвижность зубов, гноетечение	Пародонтит тяжелой степени, сахарный диабет, травматическая окклюзия, заболевания ЖКТ
		Папула	КПЛ, кандидоз, МЭЭ
	Язык	Слизистая языка ярко-красного цвета, сосочки языка	Острый кандидоз, пернициозная анемия, аллергическая реакция на

		атрофированы	пластмассу, заболевания ССС, недостаточность витамина В ₁₂ , гальванизм
		Трещины кровоизлияния и некроз в области корня языка	Лучевая болезнь, онко-лечение
		Язык отечен, видны отпечатки зубов, нитевидные сосочки гипертрофированны	Гиповитаминоз никотиновой кислоты РР, желудочно-кишечные заболевания, аллергия, пиелонефрит
		Язва	Сифилис, рак, декубитальная язва, заболевания сердечно-сосудистой системы, туберкулез, лепра, КПЛ (голые язвы)
		Бляшка	Механическая травма, лейкоплакия, кандидоз
		Афта	Хронический рецидивирующий афтозный стоматит, МЭЭ
		Налет белесоватого цвета	Кандидоз, воспалительные заболевания (ревматизм, гастрит, бронхит и др.), МЭЭ
		Налет желтоватого цвета у корня языка	Язвенные поражения желудка и 12-перстной кишки
		Отсутствие по средней линии языка желобоватых сосочков	Ромбоидный глоссит, кандидоз
		Складчатость языка	Синдром Мелькерсона-Розенталя, акромегалия

		<p>Утолщение нитевидных сосочков по средней линии, не захватывая края у кончика языка</p> <p>Очаговая десквамация языка в задней его трети в виде красных пятен на фоне обложного языка</p> <p>Папула</p>	<p>Черный волосатый язык, паяпилярно-пигментная дистрофия языка, полоскание полости рта красящими лекарственными препаратами</p> <p>Географический язык в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки</p> <p>Сифилис, кандидоз, МЭЭ, КПЛ (боковая поверхность языка)</p>
	Дно полости рта	<p>Желтый оттенок</p> <p>Участки некроза в местах травмы</p> <p>Участок гиперемии и отека в проекции передних резцов</p> <p>Язва</p>	<p>Заболевания печени, болезнь Боткина, механическая желтуха</p> <p>Болезни почек, синдром Стивена – Джонсона</p> <p>Аллергические реакции на валидол и др.</p> <p>Механическая травма, сифилис, туберкулезная язва, раковая язва, болезнь почек</p>
	Твердое и мягкое нёбо верхней челюсти	<p>Желтый оттенок</p> <p>Бледность</p> <p>Темно – вишневого цвета</p> <p>Папилломатоз твердого неба</p>	<p>Болезни печени (болезнь Боткина, механическая желтуха)</p> <p>Болезни крови, авитаминозы</p> <p>Эритремия, заболевания ССС</p> <p>Механическая травма, съемное протезирование</p>

		<p>Мелкоклеточная пурпура, кровоизлияния</p> <p>Пузырьки множественные</p> <p>Эрозии</p>	<p>Хронический лейкоз, болезнь Верльгофа, инфекционные заболевания, лучевая болезнь, медикаментозные интоксикации, острая и хроническая травмы</p> <p>Грипп, герпес, опоясывающий лишай</p> <p>Пузырчатка, МЭЭ, съемное протезирование, болезнь Лайла, хроническая очаговая красная волчанка, системная красная волчанка</p>
	Интерпретация выявленных элементов поражения	<p>Количество пузырьков:</p> <p>множественные</p> <p>единичные афты</p>	<p>МЭЭ, острый герпетический стоматит</p> <p>Хронический рецидивирующий афтозный стоматит</p>
		Слизистая полости рта гиперемированная, слияние пузырьков	Острый герпетический стоматит, аллергический стоматит, МЭЭ, опоясывающий лишай
	<p>Пальпация – возвышение над поверхностью слизистой</p> <p>Плотность, спаянность с окружающими тканями, болезненность</p>	<p>На неизменной слизистой полости рта единичные афты</p> <p>Папула, бляшка, язва</p> <p>Язва – размеры, края, дно</p>	<p>Хронический рецидивирующий афтозный стоматит</p> <p>Красный плоский лишай, лейкоплакия, механическая травма, сифилис, туберкулез, МЭЭ</p> <p>Раковая язва, твердый шанкр, туберкулезная язва, трофическая язва МЭЭ</p>

	Поскабливание (симптом Никольского)	Эрозия, язва Бляшка, папула, налет, корка, чешуйка Отслоение и расслоение слизистой	Язвенные поражения слизистой полости рта, языка, губ. МЭЭ, красная волчанка Кандидоз, красный плоский лишай, лейкоплакия, сифилис Вульгарная пузырчатка, буллезный эпидермолиз
	Зубы и ткани пародонта С. Прикус, травматическая окклюзия Зондирование зубов Интенсивность кариеса Наличие зубных отложений, определение гигиенического индекса	Трещины губы, язва, абсцедирующая форма пародонтита. Бочкообразные, полулунная выемка На нижних резцах, бугорок Корабелли и др. КПУ > 7	Травматические поражения слизистой щек, десен, языка, губ. Зубы Гетчинсона при врожденном сифилисе Заболевания почек, ЖКТ, щитовидной железы, заболевания крови Неудовлетворительное гигиеническое состояние отягощает течение болезней органов полости, челюстно-лицевой области, являются очагами одонтогенной инфекции
	Методы верификации клинического диагноза Д. Гистологическое исследование	Соскоб или мазок – отпечаток; мазок – перепечаток с поверхности эрозии, язвы Инфизионная биопсия язвы	Выявляет специфические изменения клеточного состава при раке, пузырчатке, герпесе, туберкулезе, МЭЭ Применяют обязательно для диагностики ново-

			образований
	Бактериоскопическое исследование	Соскоб налета с поверхности слизистой (окрашенный препарат) Микроскопия в темном поле (нативный препарат)	Выявляет флору пораженной слизистой Выявляет бледную трепонему при сифилисе
	Общий клинический анализ крови	Число эритроцитов Число лейкоцитов, лейкоцитарная формула Цветовой показатель Реакция СОЭ	Уменьшено при анемиях, увеличено при полицитемии, лейкозе и др. Выявляет воспалительное состояние организма, заболевания крови (лейкоз) Высокий показатель (выше 1) характерен для пернициозной анемии (авитаминоз В12), низкий – для других форм анемии (железодефицитная анемия и др.) Ускорено при различных болезненных состояниях (воспаление, новообразования)
	Биохимический анализ крови Общий анализ мочи	Содержание глюкозы Печеночные тесты Ревмотесты Белковые фракции крови	Сахарный диабет Гепатиты Коллагенозы Заболевания почек, печени и др. Заболевание почек, сахарный диабет и др. воспалительные заболевания
	Аллергические исследования у аллер-	Гистаминовая проба	Применяют для определения чувствительности

	голога	Кожно–аллергические пробы	к гистамину. Положительная проба при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите, МЭЭ.
		Реакция торможения миграции лейкоцитов	Положительная реакция при хроническом рецидивирующем афтозном стоматите и МЭЭ
		Реакция бластной трансформации эритроцитов	Проводят с различными аллергенами для выявления причинного аллергена
		Реакция лейкоцито-за	Проводят с различными аллергенами для выявления причинного аллергена
		Кожные аппликационные, камерные, скарификационные пробы	Проводят с различными аллергенами
	Иммунологические исследования	Прямая и непрямая реакции иммунофлюоресценции (РИФ)	Используют для дифференциации пузырных заболеваний и красной волчанки
		Определение содержания Т- – В-лимфоцитов	Применяют при аллергических заболеваниях для выявления состояния Т- и В-лимфоцитов
	Серологические исследования	1. Реакция Вассермана 2. ИФА 3. РПГА 4. Микрореакция на стекле 5. Реакция иммунофлюоресценции	Изучают для диагностики сифилиса
	Люминесцентные исследования	Свечения Вуда	Используют для диагностики красной волчанки,

			лейкоплакии, красного плоского лишая
	Рентгенологические исследования	1. Внутриротовая рентгенография	Выявление очагов одонтогенной инфекции у больных с бактериальной аллергией
		2. Внеротовая (обзорная рентгенограмма)	Выявление очагов одонтогенной инфекции у больных с бактериальной аллергией
		3. Рентгенограмма легких	Травматическая, раковая, туберкулёзная язва
	Исследования ротовой жидкости	1. Визуальная оценка (количество, вязкость, пенистость) 2. pH – метрия 3. Определение гальванических токов у лиц с ортопедическими металлическими конструкциями 4. Определение переносимости стоматологических материалов по методике Фолля	Аллергические заболевания полости рта
	Консультации у специалистов	1. Гастроэнтеролог 2. Эндокринолог 3. Аллерголог и др. 4. Дерматовенеролог 5. Онколог 6. Невролог 7. Психотерапевт 8. Психиатр	По показаниям

РАЗДЕЛ III. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Субъективные методы обследования челюстно-лицевой области

При заболеваниях челюстно-лицевой области предъявляют жалобы не только на острые боли при заболеваниях пульпы, периодонта, пародонта, но и на эстетическую неудовлетворённость, обусловленную отсутствием фронтальной группы зубов, разрушением или отломом естественной коронки передних зубов, аномалийным положением передних зубов, изменением цвета и формы имеющихся искусственных коронок (пластмассовых, комбинированных) или мостовидных протезов. На нарушение фиксации протеза, перелом базиса протеза, расцементировку искусственных коронок, штифтовых зубов или мостовидных протезов. Болевые ощущения могут быть при наличии кламмера, нарушении технологии одонтопрепарирования витального зуба без должного охлаждения или неправильно изготовления коронки.

Боль локализованного характера в слизистой оболочке обусловлена травмой при глубоком прикусе, частичном отсутствии зубов и дистальным смещением нижней челюсти, а также вторичной деформацией зубных рядов.

Жалобы на боль, жжение, покалывание, пощипывание в языке, слизистой щек и нёба могут быть проявлением аллергической реакции на некачественно изготовленные съемные и несъемные протезы (механическая травма), а также непереносимостью материала зубных протезов. Неприятные ощущения связаны нарушением теплообмена тканей протезного ложа, специфическим поражением слизистой оболочки (красный плоский лишай, лейкоплакия, глоссалгия, глоссадения, кандидоз) или проявлением общего заболевания организма (кандидоз, сахарный диабет, заболевания ЖКТ, заболевания крови, аллергические заболевания и др.).

При жалобах на «металлический вкус» в полости рта необходимо уточнить время появления (во время еды, после еды), после наложения несъемного протеза или металлической пломбы.

Анамнез настоящего заболевания. Врачу необходимо выяснить самые ранние проявления болезни, характер и особенности ее течения, вид и объем проведенного ранее лечения, результаты лечения. Необходимо выяснить самые ранние проявления болезни, особенности ее течения. Данные анамнеза врач группирует, а опрос направляет так, чтобы он давал нужные сведения для клинического обследования и способствовал постановке правильного диагноза. Во время опроса необходимо установить доверительный контакт с больным, определить его нервно-психический статус, интеллект и на этом основании проанализировать жалобы, ход развития болезни. Врач наводящими вопросами должен помочь больному изложить историю болезни, не пассивно выслушивать больного, а корректно уточнять тот или иной момент. Уточняется динамика заболевания: когда появились первые симптомы, какими они были, кто их заметил (больной, окружающие, врач), куда обращался пациент за помощью, какое лечение проводилось и с каким результатом. Следует ознакомиться с имеющейся у

пациента документацией по поводу проведенного обследования (выписка из истории болезни, данные лабораторных и других исследований, рентгенограммы, заключения консультантов).

При жалобах на боли и припухлость в челюстно-лицевой области следует уточнить, как развивался процесс, и установить источник инфекции. При нарастании общих и местных симптомов воспалительного процесса необходима госпитализация и, возможно, проведение экстренных операций.

При наличии специфических воспалительных очагов, язв, дефектов челюстно-лицевой области и слизистой оболочки рта следует собрать сведения о наследственности, образе жизни, контактах с больными, животными и другие для исключения туберкулеза, сифилиса, сибирской язвы, ВИЧ-инфекции, а также уточнить результаты обследований, проведенных при этих заболеваниях.

При локализации процесса в области слюнных желез из анамнеза нужно выяснить, имелось ли увеличение железы, связано ли оно с приемом пищи. Следует уточнить развитие заболевания после операций на внутренних органах, особенно брюшной полости, малого таза, после вирусной или другой инфекции, а также заболеваний внутренних органов.

Независимо от характера основных жалоб необходимо выяснить — удалялись ли у обследуемого зубы, когда и по каким причинам. Удаление зуба вследствие его подвижности заставляет врача выдвинуть несколько гипотез о возможных причинах. Это может быть функциональная перегрузка, пародонтит, общее заболевание организма. Необходимо определить, были ли осложнения после оперативного вмешательства, проводилось или нет непосредственное протезирование? Удаление зуба (зубов) часто является пусковым моментом в развитии заболеваний ЗЧС. В ряде случаев при расспросе больных удается установить взаимосвязь состояния ЗЧС с общим заболеванием (сахарный диабет, язвенная болезнь, ревматизм, атеросклероз, заболевание печени и др.).

Основные причины потери зубов это травма, различные воспалительные заболевания (периодонтиты, периоститы, остеомиелиты и др.), опухоли (доброкачественные, злокачественные). В некоторых случаях отсутствие зубов обусловлено задержкой их прорезывания или отсутствием зачатков. Важно также сообщение обследуемого о том, что после удаления боковых зубов появились щели между передними зубами, изменилось положение передних зубов и т.п. Это сообщение заставляет врача предположить перестройку в зубо-челюстной системе, вызванную удалением зубов. Большое значение имеет длительность нарушения целостности зубного ряда. Например, зубы (зуб) были удалены несколько лет назад, пациент не протезировался. Эти сведения позволяют врачу выяснить причину деформации зубных рядов (феномен Попова-Годдона — вертикальная, горизонтальная или сочетанная форма).

Очень важно выяснить «протезный статус» пациента. Если больной ранее пользовался протезами, необходимо уточнить: когда были изготов-

лены протезы, как проходила адаптация, удовлетворял ли протез больного (жевание, эстетика, фонетика), не было ли неприятных ощущений (сухость, обильное слюноотделение). Врачу-стоматологу необходимо помнить, что протезирование — метод лечения, которым можно либо сохранить на долгие годы ЗЧС, либо ее разрушить. Протез любой конструкции наряду с положительным влиянием может оказывать и отрицательное воздействие на органы, ткани и среды всего организма в целом. Исследования отечественных авторов показали, что патологические изменения в зубочелюстной системе развиваются после частичной утраты зубов в 77% случаев, а при нерациональном протезировании в 95% случаев. Вопрос о повторном протезировании возникает при снижении лечебных, профилактических свойств и возрастающем нежелательном действии протезов. При повторном ортопедическом лечении следует уточнить, какими протезами пользовался пациент ранее (съёмными или несъёмными). Многие пациенты приходят на прием к врачу с убеждением в невозможности пользоваться съёмными протезами. Негативный настрой часто усилен выражениями медицинского персонала о трудностях адаптации и фиксации съёмных протезов. Трудности психологического характера должны быть учтены при диагностировании и составлении плана лечения. Если ранее были изготовлены протезы (съёмные) и пациент ими не пользовался, то следует выяснить причины (балансировка, плохая фиксация, невозможность пережевывания пищи).

На психоэмоциональный настрой пациента влияют частые расцементировки искусственных коронок, штифтовых конструкций или мостовидных протезов, изменение цвета искусственных зубов, виниров, откол облицовочного материала, нарушение дикции, неудачно изготовленные несъёмные и съёмные протезы.

При травме устанавливается время, место и обстоятельства получения травмы, ее причину (бытовая, транспортная, уличная, производственная, спортивная). Выясняют, терял ли больной сознание, и на какое время. Отмечает ли тошноту, рвоту, головокружение, кровотечение из носа, ушей, когда и кем была оказана первая медицинская помощь, в чем она заключалась, каким транспортом пострадавший был доставлен в лечебное учреждение. Время и как вводилась противостолбнячная сыворотка или столбнячный анатоксин, в каких дозировках. Следует отметить получение травмы в состоянии алкогольного опьянения.

При обращении больных с **неврогенными болями** необходимо собрать неврологический статус пациента. При обращении больного по поводу кровотечения, связанного с травмой, оперативным вмешательством (в том числе удалением зуба), необходимо расспросить о длительности кровотечения при ранее перенесенных операциях, порезах, ушибах. При обращении больных по поводу болей и нарушения функции височно-нижнечелюстного сустава необходимо выяснить связь процесса с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и др.

При опухолях и опухолеподобных поражениях лица, челюстей, органов полости рта необходимо выяснить связь процесса с другими заболеваниями внутренних органов, ЛОР-органов, кожи и др., необходимо уточнить особенности роста новообразования (распространенный или ограниченный), сопровождающие симптомы (боли и их характер, нарушение функции и др.).

Врожденные дефекты и деформации требуют выяснения данных семейного анамнеза (наследственность), характер течения первой половины беременности (особенно второй и третий месяц внутриутробного развития плода) и родов, особенности развития в детском возрасте и позже. При **приобретенных дефектах и деформациях** уточняют причину их возникновения (травматические повреждения, неспецифические и специфические воспалительные процессы, ожог, опухолевые заболевания - уточнить особенности роста новообразования (распространенный или ограниченный), сопровождающие симптомы (боли и их характер, нарушение функции и др.)).

При приобретенных дефектах и деформациях необходимо исключить такие заболевания, как сифилис, хронический остеомиелит челюсти, актиномикоз, нома.

Необходимо уточнить наличие у больного иммунопатологических заболеваний и состояний. Выявление первичных или вторичных иммунодефицитных состояний и сопутствующих им заболеваний позволит правильно оценить функциональное состояние организма, уточнить диагноз.

Во время расспроса больного врач должен выяснить причины возникновения боли, момент появления, ее характер и интенсивность, в связи с чем она уменьшается или увеличивается.

Анамнез жизни посвящается физическому, психическому и социальному развитию пациента. Необходимо выяснить у пациента:

1. Место рождения и жизни.
2. Условия жизни больного, питания (характер принимаемой пищи, регулярность приема пищи).
3. Наличие трудовой деятельности, условия труда, производственные вредности (их характер).
4. Перенесенные и сопутствующие заболевания, какие заболевания перенес, начиная с детского возраста (в хронологической последовательности), наличие у родителей и родственников таких заболеваний, как туберкулёз, сифилис, алкоголизм, психические заболевания, злокачественные новообразования, заболевания пародонта, кариес.
5. Непереносимость лекарственных веществ.
6. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя, наркотиков (с каких лет, количество).
7. Гигиена полости рта.
8. Мотивация больного к поддержанию и сохранению своего здоровья.

Место рождения и жизни. Большое значение имеют знания природных условий: географическое расположение, высота проживания, солнечная радиация, влажность воздуха. Нарушения состава и качества воды (наличие микроэлементов, жёсткость воды, РН воды и т.д.), могут привести к кариозным и некариозным поражениям твёрдых тканей зуба. При избытке фтора в питьевой воде возникает очаг эндемического зоба, при котором даже при лёгкой степени флюороза отсутствует истирание эмалевых бугров, что в последующем приводит к травматическому повреждению пародонта за счёт супраконтактов.

Диспепсические расстройства в период кальцификации зубов могут быть причиной клиновидных дефектов или патологической стираемости в сформированной зубочелюстной системе. Нарушения в режиме питания в период развития и роста челюстей (например, искусственное вскармливание, постоянный приём мягкой протёртой пищи в период молочного и смешанного прикуса) способствуют развитию зубочелюстных аномалий. Определённую роль в возникновении ряда заболеваний (очаговый пародонтит, гингивит, отложение зубного камня) играет характер разжёвывания пищи. На стороне привычного жевания (фиксированный функциональный центр разжёвывания) может развиваться очаговый пародонтит, на противоположной стороне – зубные отложения.

Профессия может обусловить развитие той или иной патологии. Работа в кислотных цехах, угольных шахтах и в мукомольной промышленности приводит к стираемости зубов, а у работников акрилового производства отмечается непереносимость протезов из акриловых материалов в виде дерматозов. У работников кондитерских предприятий наблюдается множественный кариес острого течения. На кирпичных заводах, на предприятиях, где выделяются фтористые соединения и у сварщиков могут наблюдаться на слизистой полости рта некротические поражения.

Кислотный некроз эмали встречается у работников химической промышленности. Это позволяет получить правильное представление о физическом и нравственном здоровье. Следует выяснить, какие заболевания перенес больной, как они протекали, какое проводилось лечение и его результаты. При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на сопутствующие заболевания. Иногда при расспросе удастся установить, что ухудшение состояния зубочелюстной системы наступило в период обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта или после гриппа.

При наличии специфических воспалительных очагов, язв, дефектов челюстно-лицевой области и слизистой оболочки полости рта следует собрать сведения о наследственности, образе жизни, контактах с больными, животными и другие для исключения туберкулеза, сифилиса, сибирской язвы, ВИЧ-инфекции, а также уточнить результаты обследований, проведенных при этих заболеваниях. Врач должен выяснить общесоматический статус пациента. Например, бронхиальная астма является противопоказанием к применению оттисковых материалов, имеющих запах. У этих больных нельзя проводить перебазировку протезов в полости рта (в данном

случае перебазировка производится лабораторным методом). Проводя опрос, врач должен направить разговор в нужном направлении. Во время беседы пациенты стараются фиксировать внимание врача на моменты, которые с их точки зрения являются главными, но не являются главными с точки зрения врача. От умения врача установить контакт с больным, создать обстановку заинтересованной беседы, правильно задавать вопросы во многом зависит и качество получаемой информации. Опрос больного – это классический метод обследования больного, важность которого не уменьшилась и в настоящее время. Сбор анамнеза требует от врача многих знаний как специальных, так и психологических, и хорошего навыка.

В кабинете врача диагноз устанавливается по данным анамнеза приблизительно в 50% случаев, о чём свидетельствовали корифеи отечественной медицины: М.Я. Мудров, С.П. Боткин, А.А. Остроумов, на основании объективного обследования - 30%, по методам верификации клинического диагноза - 20% случаев. Анамнез должен быть не только правильно собран, но и грамотно проанализирован с учётом личности больного. Достоверность данных анамнеза оценивается при сопоставлении их физикальными, инструментальными и лабораторными показателями.

3.2. Объективные методы обследования челюстно-лицевой области. Рекомендации ВОЗ. Внеротовая область

Обследование больного начинают с общего осмотра и определения его состояния (удовлетворительное, средней степени тяжести, тяжелое и крайне тяжелое).

Обследование челюстно-лицевой области включает внешний осмотр, антропометрические измерения, пальпацию, перкуссию, осмотр полости рта, инструментальное исследование (зондами, тупыми и острыми иглами и др.). Проводится оценка состояния органов и слизистой оболочки полости рта, зубов, зубных рядов, пародонта, оценку несъемных и съемных конструкций протезов, исследование диагностических моделей, а также методы верификации (анализ крови, мочи, слюны, биоптатов и мазков, аллергологические тесты), функциональные и рентгенологические исследования.

Клиническое обследование при необходимости может быть дополнено взятием соскоба, проведением пункции или биопсии, биохимическими, микробиологическими, иммунологическими исследованиями, томографией и др.

По рекомендации ВОЗ объективное обследование проводят в следующей последовательности:

Внеротовая область.

Внешний осмотр начинается во время сбора анамнеза, незаметно для больного. При этом врач решает вопросы эстетического оптимума: эмоциональное состояние, цвет кожи лица: возможен цианоз (синюшность кожных покровов). Различают периферический цианоз и центральный. Пери-

ферический цианоз развивается при замедлении кровообращения и наблюдаются холодные конечности. Центральный цианоз проявляется равномерной синюшностью всего тела, конечности - теплые. Нарастающий цианоз любого происхождения имеет неблагоприятный прогноз. Бледность кожи может быть временной или постоянной.

Внезапная бледность может наблюдаться при резком уменьшении количества крови в сосудах кожи и скоплении ее в сосудах брюшной полости (обморок, коллапс). Бледность может развиваться при кровотечениях, анемиях. Красная, влажная кожа свойственна анафилактическому шоку. Клиническое значение имеет кровоизлияние в кожу. Обширные кровоподтеки свидетельствуют о нарушении свертываемости крови. Мелкие петехии возникают преимущественно при поражении сосудистой стенки. Появление геморрагии при любом заболевании свидетельствует о его тяжести, увеличивающейся интоксикации.

Отеки являются важным признаком многих заболеваний. В частности, при поражении почек лицо отечное, бледное. При наличии митрального порока — лицо цианотичное, губы синюшные. Длительно существующие отеки плотные, сопровождаются цианозом. Почечные отеки мягкие при пальпации, явления цианоза не наблюдается.

Во время обследования определяют тип дыхания (ротовое, носовое), симметричность лица, его рельефа, обусловленного соединением костей лицевого скелета, уровнем развития подкожного жирового слоя. Важно определить состояние хрящевого отдела носа, глазных и ротовой щелей, ушных раковин и кожным покрытием, форму лица (квадратное, овальное, коническое). Во время опроса обращают внимание на:

- состояние кожных покровов лица (цвет, тургор, сыпь, рубцы и т.д.);
- выраженность подбородочной и носогубной складок (сглажены, умеренно выражены, углублены);
- положение углов рта (приподняты, опущены);
- линию смыкания губ (наличие заеды);
- степень обнажения передних зубов или альвеолярной части при разговоре и улыбке;
- положение подбородка (прямое, выступает, западает, смещен в сторону);
- симметричность половин лица;
- высоту нижней части лица (пропорциональная, увеличена, уменьшена).

Визуальной и метрической оценкой лица при различных по динамическим состояниям выявляют признаки гармоничного развития лица:

- три его части (верхняя, средняя и нижняя) по высоте примерно равны;
- носогубный угол колеблется в пределах $90-100^\circ$;
- угол выпуклости лица составляет $160-170^\circ$;
- сагиттальный наклон верхних передних зубов в пределах $90-100^\circ$;

трансверзальный наклон верхних передних зубов варьирует от 5 до 10°, а этот же показатель для одноименных нижних зубов равен 0°;

углы изгиба верхнего зубного ряда, верхней губы и горизонтальной профилировки глазных щелей одинаковы и колеблются в пределах 170°;

ширина фильтра равна ширине двух верхних центральных резцов;

межглазничная ширина равна ширине (длине) одного глаза, а оба эти параметра идентичны ширине верхних резцов:

высота уха равна высоте каждой трети лица, а в сагиттальной плоскости гармонирует с профилем носа.

Конфигурация лица может быть изменена вследствие смещения нижней челюсти кзади, в сторону или западения в скуловой области, удлинения среднего отдела лица, западения спинки носа и других нарушений, обусловленных травмой.

Рис. 25. К. Ронкин. Снижение высоты нижнего отдела лица.

Обращают внимание также на ушибы, ссадины, раны, гематомы.

Лицо в норме чаще бывает асимметрично. При наличии асимметрии лица и шеи определяется: отек, размеры отека, гиперемия, синюшность отека, его локализация. Определяется также наличие инфильтрата, опухолевидного образования, деформации, рубцов. Асимметрия, связанная со смещением нижней челюсти в «привычную» окклюзию, недоразвитием или гиперплазией ветви нижней челюсти (подбородок смещается в ту сторону, где ветвь короче). Также связанная с аномалией прикуса, анкилозом, микрогенией, деформирующим артрозом, гипертрофией жевательных мышц, изменение высоты нижнего отдела лица (рис.26)

Рис. 26. К. Ронкин. Двусторонняя дисфункция ВНЧС в сочетании с нейромышечной дисфункцией жевательных мышц. Мезиальный прикус, деформация окклюзионной плоскости верхнего нижнего зубных рядов.

Рис. 27. (К. Ронкин). Изменение положения нижней челюсти в результате патологической стираемости. Снижение высоты нижнего отдела лица

Шелушение на коже лица, на красной кайме губ, наличие морфологических элементов наблюдаются при авитаминозах, инфекционных заболеваниях, дерматозах, аллергических заболеваниях. При определении количества и консистенции слюны обращают внимание на заболевания ЖКТ, болезни слюнных желёз, синдром Шегрена.

При увеличении межальвеолярной высоты отмечается стук зубов во время разговора или еды. При понижении высоты нижнего отдела лица верхняя губа укорачивается, носогубные складки становятся более глубокими, опускаются углы рта и кончик носа. Западение щек свидетельствует о значительной или полной потере зубов (рис28)

Рис. 28. Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях. Повышенное стирание твёрдых тканей зубов (горизонтальная форма). Снижение высоты нижнего отдела лица на 5 мм.

При парезе лицевого нерва, дисфункциональном состоянии ВНЧС, острых одонтогенных воспалительных заболеваниях носогубная складка – сглажена.

Пальпация точек Валле проводится для проведения дифференциального диагноза (невралгия тройничного нерва, синусит). Состояние ВНЧС –

определяют диапазон его движений, наличие возможных отклонений, мышечное напряжение. Наличие парафункций, бруксизм.

Необходимо провести наклоны, повороты, запрокидывание головы, чтобы определить ее движения.

При внешнем осмотре обращают внимание на характер движения нижней челюсти (плавный, рывкообразный, смещение вправо, влево), степень открывания рта (полное, неполное), наличие сужения ротовой щели, хруста и щелканья в ВНЧС. Определяют наличие ограниченного раскрытия рта и небольшое отклонение нижней челюсти в сторону поражённого сустава при опускании (рис.29).

Рис. 29. Х. Смурклер.

Рис. 30. Х. Смурклер. Химическая эрозия зубов (частое употребление лимонов). Снижение высоты нижнего отдела лица

Рис. 31. Х. Смуклер. Патологическая стираемость в результате ночной парафункциональной активности. Снижение высоты нижнего отдела лица

Хватова В.А. в работе «Функциональная окклюзия в норме и патологии» (1993 год) предлагает для определения идеальной окклюзии следующие признаки:

интактная зубочелюстная система;

в центральной окклюзии одновременный двусторонний контакт опорных бугров всех боковых зубов с краевыми ямками и выступами двух соседних зубов противоположной челюсти. За исключением задне-щечных бугров нижних моляров и передненебных бугров верхних моляров, находящихся в контакте с центральными фиссурами своих антагонистов. Легкий контакт передних зубов;

интактный пародонт, отсутствие патологической подвижности зубов, направление функциональной нагрузки вдоль оси зуба;

стертость твердых тканей зубов, соответствующая возрасту и не превышающая 1/3 коронковой части зуба (физиологическая стертость);

совпадение центральной окклюзии с центральным соотношением челюстей или расположение кпереди от него на 1-2 мм по срединно-сагиттальной линии;

двусторонний первоначальный контакт скатов бугров жевательных зубов в положении центрального соотношения челюстей и последующее «скольжение по центру» в центральную окклюзию без бокового смещения нижней челюсти;

в передней окклюзии разобщение боковых зубов;

в боковой окклюзии на рабочих сторонах контакт клыков или наряду с клыками в контакте щечные бугры премоляров и моляров. Остальные зубы разобщены;

при физиологическом покое нижней челюсти расстояние между зубами 2-4 мм;

отсутствие парафункциональной активности мышц (скрип, сжатие зубов), стабильность фазной ЭМГ-активности мышц во время функции жевания;

двусторонний тип жевания, симметричные контакты в боковых окклюзиях;

центрическое симметричное положение головок ВНЧС в ямках в центральной окклюзии, симметричная амплитуда движения суставных головок при открывании рта (головки не выходят за пределы вершин суставных бугорков);

отсутствие боли жевательных мышц, ВНЧС и суставного шума; смещение нижней челюсти при открывании рта по средней линии без боковых отклонений и зигзагообразных сдвигов;

амплитуда открывания рта 40-50 мм, боковых движений - 7 мм;

ощущение "отсутствия окклюзии";
отсутствие жалоб на эстетические и фонетические нарушения.

Одновременно все признаки идеальной окклюзии редко встречаются. У взрослых обычно имеются те или иные морфологические отклонения со стороны вида смыкания, строения зубных рядов, положения отдельных зубов в зубной дуге и др.

В положении идеальной окклюзии мышцы находятся в наиболее сбалансированном состоянии. Это означает, что в мышцах эффективно происходят процессы оксигенации и детоксикации.

Хорошо отдохнувшие мышцы, не содержащие токсинов, эффективно осуществляют свою функцию. Мышцы в гипертонусе накапливают значительное количество токсинов, не успевают реоксигенировать и, как результат, могут быть источником болевых ощущений.

Нервно-мышечная система основывается на том, что нижняя челюсть должна иметь комфортное положение физиологического покоя, когда все мышцы, участвующие в перемещении нижней челюсти, находятся в расслабленном и сбалансированном состоянии. Из такого положения физиологического покоя нижняя челюсть имеет возможность беспрепятственного перемещения по правильной траектории движения в положение максимального бугорково-фиссурного контакта верхних и нижних зубов, обеспечивая правильную окклюзию. При этом резцовые контакты верхних и нижних зубов не должны удерживать нижнюю челюсть в наиболее заднем положении, центральные контакты в боковых участках должны быть точечными и не иметь преждевременных контактов на наклонных плоскостях бугров.

В этом случае зубочелюстная система будет работать нормально. Жевательная нагрузка будет распределяться равномерно вдоль продольных осей всех жевательных зубов.

Если функция жевания не нарушена, отсутствуют жалобы на патологические состояния органов зубочелюстно-лицевой системы, что свидетельствует об адаптации больного к этим отклонениям, то окклюзию можно рассматривать как приемлемую и не проводить ее коррекцию.

Оправдано устранение аномалий прикуса, преждевременной потери зубов (особенно постоянных моляров) у детей и подростков, так как в дальнейшем в результате дополнительной потери зубов, их разрушения могут произойти тяжелые деформации зубных рядов.

Различные симптомы дисфункции могут быть у лиц с нормальной окклюзией, и в этих случаях нужно думать о неокклюзионных парафункциях, обусловленных, например, психосоматическими заболеваниями; о структурных изменениях ВНЧС, не связанных с окклюзией (например, о ревматоидном артрите).

После осмотра исследуют пульс. Частота пульса у взрослого колеблется в пределах 60—85 уд/мин.

Внешний осмотр заканчивается пальпацией патологически измененных тканей, подчелюстных и подбородочных лимфатических узлов.

После осмотра приступают к пальпации. **Пальпация** — метод диагностического исследования путем ощупывания определенной части тела. При пальпации мягких тканей определяется консистенция припухлости (мягкая, плотная), болезненность, зона распространения, подвижность, спаянность с окружающими тканями (собирается кожа в складку над припухлостью или нет), наличие участков размягчения и **флюктуации** (симптом нахождения жидкости в замкнутой полости). **Истинная флюктуация** определяется в двух взаимно-перпендикулярных направлениях. Флюктуация, ощущаемая только в одном направлении, является **ложной** (при опухолях мягких тканей — липоме).

Пальпируются все неровности, утолщения костной ткани, определяется их симметричность, болезненность, уточняются размеры. Следует обратить внимание на состояние регионарных лимфатических узлов. Пальпация лимфатических узлов позволяет установить их величину, консистенцию, болезненность. При острых воспалительных процессах лимфатические узлы быстро увеличиваются в размерах, резко болезненные, ограничение их подвижности, может наблюдаться флюктуация. При хронических воспалительных заболеваниях лимфоузлы медленно увеличиваются, слегка болезненные, подвижность сохраняется.

При пальпации поднижнечелюстных, задних ушных и шейных лимфоузлов врач одной рукой наклоняет голову больного вниз, другой рукой последовательно ощупывает их тремя пальцами. Подподбородочные лимфоузлы пальпируются в таком же положении указательным пальцем. Щечные, носогубные, нижнечелюстные (супрамандибулярные) лимфоузлы пальпируются **бимануально** — пальцами одной руки со стороны полости рта, другой — снаружи. Околоушные лимфатические узлы пальпируются двумя-тремя пальцами в проекции ветви нижней челюсти или позади челюстной области, а также бимануально — по переднему краю околоушных желез. Врач становится позади больного, пальпирует надключичные лимфатические узлы тремя пальцами, помещенными на ключице. которые расположены в большой и малой надключичных ямках.

Пальпация позволяет уточнить границы патологических изменений, консистенцию тканей, способность кожи собираться в складку, наличие рубцов, свищевых ходов. При наличии припухлости околочелюстных мягких тканей определяют ее консистенцию, спаянность кожи с подлежащими тканями, ее цвет. Если тупой конец инструментов при давлении оставляет след, то это указывает на отек воспалительной природы. Он может иметь место при различных воспалительных заболеваниях и травме лица и челюстей. При абсцессе, флегмоне, лимфадените и других воспалительных заболеваниях в околочелюстных мягких тканях определяется уплотнение околочелюстных мягких тканей, болезненность. При пальпации с трудом собирается в складку или не образует ее. Цвет изменен от розового до ярко-красного или багрово-синего, температура тканей повышена. Необходимо отмечать границы патологических изменений, определять участки

наибольшей болезненности и флюктуации, спаянность пораженных тканей с подлежащими костями лицевого скелета, наличие свищей.

Следует обращать внимание на нетипичные неровности кости, болевые ощущения при пальпации. Сравнительное пальпаторное исследование костей лицевого скелета проводят по костным контурам лица и главным образом в местах соединения костей, обращая внимание на нетипичные неровности кости, болевые ощущения при пальпации. При переломе челюстей, скуловой кости нарушается функция открывания рта в виде ограничения, смещения нижней челюсти в сторону и др.

Пальпаторно исследуют височно-нижнечелюстной сустав — головку мыщелкового отростка, сочленения ее с суставной впадиной, определяют объем движений нижней челюсти при открывании и закрывании рта, в стороны. Пальпацией определяют чувствительность выхода периферических ветвей тройничного нерва в точках Балле (надглазничного, подглазничного и подбородочного нервов). Различные заболевания и повреждения нервов лица и челюстей сопровождаются болями, нарушениями чувствительности. При пальпаторном исследовании боли могут усиливаться или может развиваться приступ. При обследовании отмечается также нарушение чувствительности кожи лица (анестезия, парестезия, гипестезия, гиперестезия).

При подозрении на онкологические заболевания применяют глубокую пальпацию. Опухоли и опухолеподобные заболевания могут иметь различную консистенцию: тестоватую, плотноэластическую, хрящеватую и др., гладкую или бугристую поверхность, четкие или плохо определяемые границы. Значение имеет пальпация регионарных лимфатических узлов — поднижнечелюстных, подбородочных и других шейных, подбородочных, лицевых и пр. Для пальпации поднижнечелюстных узлов врач правой рукой наклоняет голову больного вниз, а левой последовательно ощупывает их тремя пальцами, наклоняя голову больного в соответствующую сторону. Подбородочные лимфатические узлы ощупывает в таком же положении указательным пальцем, а сосцевидные — II пальцем, двигая его вперед к заднему краю ветви нижней челюсти и кзади — к переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Околоушные лимфатические узлы пальпируются в проекции поверхности ветви нижней челюсти, в позадичелюстной области — в толще слюнной железы и бимануально — по переднему краю околоушной слюнной железы. Латеральные шейные лимфатические узлы пальпируют 2—3 пальцами кпереди и кзади от грудино-ключично-сосцевидной мышцы, от сосцевидного отростка книзу к ключице. Далее, став позади больного, тремя пальцами (II, III, IV), помещенными на ключице, ощупывают надключичные лимфатические узлы.

Для дифференциальной диагностики хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи с внеорганными доброкачественными и первичными злокачественными опухолями этой области, с метастазами опухолей в регионарные лимфатические узлы, с лимфомами, с врожден-

ными новообразованиями применяется морфологическая верификация. В.А. Коробкиным разработана методика тонкоигольной аспирационной биопсии, способом которой осуществляется получение морфологического материала для цитологического исследования.

3.3. Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани

Обследование полости рта заключается в определении открывания рта, осмотре преддверия и собственно полости рта, глотки. В норме степень открывания рта соответствует 5 см или на три поперечника II, III, IV пальцев, введенных между центральными резцами. Определяют: свободно ли и безболезненно открывание рта, нет ли хруста в сочленении, каково смещение нижней челюсти в сторону. Воспалительные процессы с вовлечением жевательных мышц делают открывание рта затруднительным и болезненным. В таких случаях следует отметить сведение челюстей (воспалительная контрактура жевательных мышц I, II и III степени).

Осмотр преддверия полости рта начинают с губ, отмечая характер окраски каймы, исследуют слизистую оболочку, ее цвет, степень увлажненности, пальпируют щеку, область жирового тела щеки. Большое внимание должно быть уделено исследованию уровня прикрепления уздечек верхней и нижней губ и языка, прикреплению тяжей слизистой оболочки переходных складок. Высокое и низкое прикрепление уздечек губ (нижней и верхней) ведёт к развитию деструктивных изменений в пародонте. Если при отведении губы уздечка оттягивает десну от шейки зуба – необходима её коррекция, при возникновении ишемии в слизистой области прикрепления уздечки также необходима хирургическая коррекция.

Осмотр собственно полости рта проводят при хорошем освещении. Лучше осматривать ее с помощью лобного рефлектора или стоматологическим зеркалом с вмонтированной в него лампочкой, слизистую оболочку десен (десневой край, десневые сосочки, десневую борозду) уздечки губ, подъязычные складки и сосочки, резцовый сосочек, поперечные небные складки. При осмотре слизистой оболочки рта фиксируют внимание на малых слюнных железах — губных, щечных, молярных, небных, язычных и др. Изучение слизистой оболочки полости рта необходимо при осмотре у стоматолога любой специальности. При наличии патологических изменений в виде афт, папул, петехий, эрозий и др. необходимо направить пациента к врачу интернисту, так как многие соматические заболевания могут проявляться именно на слизистой оболочке полости рта. Результаты осмотра необходимы не только для построения правильного диагноза, но и несут в себе элементы онкологической настороженности (острые края зубов, некачественные протезы и другие травмирующие факторы – причина злокачественных новообразований слизистой оболочки рта, особенно у лиц пожилого возраста).

Особое внимание стоматолог должен обратить на слизистую оболочку миндалин и задней стенки глотки, и на способ глотания.

При нормальном глотании губы спокойно сложены, зубы сжаты, кончик языка упирается в твёрдое нёбо за верхними резцами. Если при глотании язык упирается в верхние или нижние резцы, это способствует вестибулярному их наклону, а затем веерообразному расхождению. Причиной вестибулярного наклона и веерообразного расхождения может быть макроглоссия и неправильное развитие челюстей.

Пальпаторно исследуют альвеолярные отростки челюстей (альвеолярные дуги, альвеолярные возвышения), небный отросток верхней челюсти (носовой гребень, резцовый шов, небные ости и борозды), ткани за бугром верхней челюсти.

Делая массаж слюнных желез, следует обращать внимание на возможные характерные изменения: густую консистенцию слюны, мутный цвет, наличие в ней хлопьев, сгустков, слюнных тромбов.

При заболеваниях слюнных желез проводят зондирование протоков, что позволяет установить их направление, наличие стеноза, стриктуры или полной облитерации его, конкремент в протоке.

При осмотре языка обращают внимание на его форму, размер, состояние слизистой оболочки, ее цвет и степень влажности, выраженность сосочков. Пальпацию языка производят при выдвижении его вперёд, захватив кончик марлевой салфеткой. Исследуя глотку, осматривают мягкое небо (небный язычок, небно-язычные, небно-глоточные дужки), трубно-небную складку, небную миндалину и др., определяют глоточный рефлекс. При осмотре и исследовании подъязычных областей применяют бимануальную пальпацию: со стороны подъязычной складки и поднижнечелюстной области исследуют глубокие ткани дна полости рта.

В случае перфорации дна верхнечелюстной пазухи при удалении зуба исследуют лунку, определяют попадание жидкости через рот в полость носа. Устанавливают глубину пазухи путем введения в нее зонда. Обследуя больного с травмой костей лица, определяют патологическую подвижность, болезненность зубов, разрыв слизистой оболочки. При пальпации отломков отмечают их подвижность, крепитацию и болезненность. Обращают внимание на смыкание зубов, смещение нижней челюсти при открывании рта.

При подозрении на опухоль и опухолеподобное заболевание необходимо уточнить локализацию образования, его размеров, консистенции, подвижности, связи с зубами и др. При язве исследуют плотность ее краев, состояние дна. При выявлении язв, трещин, инфильтратов в области слизистой оболочки полости рта, языка, челюстно-лицевой области и шеи необходимо в день обращения верифицировать клинический диагноз, т.е. установить природу заболевания, используя цитологическую диагностику. Забор морфологического материала для цитологического исследования следует проводить методом соскоба, трепан-биопсии, инцизионной биопсии (мазки отпечатки), тонкоигольной аспирационной биопсии. Верификация клинического диагноза позволит избежать таких непрофильных рекомендаций как «понаблюдать».

Осмотр полости рта при дефектах и деформациях лица и челюстей начинают с ротовой щели (форма губ), обращают внимание на открывание рта, исследуют альвеолярные и небный отростки верхней челюсти, небную кость и мягкое небо. Определяют локализацию и размер дефекта, состояние окружающей его слизистой оболочки.

Клиническое обследование пациента должно включать ряд диагностических методов и исследований. Вид и объем их зависят от характера заболевания или травмы челюстно-лицевой области, и от условий проведения обследования (в поликлинике или стационаре), и от уровня оснащенности лечебного учреждения.

Объективное обследование больного проводится с помощью клинических и специальных методов, таких как осмотр, антропометрические измерения, пальпация, перкуссия. Проводят оценку состояния органов и слизистой оболочки полости рта, зубов, зубных рядов, пародонта, оценку несъемных и съемных конструкций протезов, исследование диагностических моделей, а также лабораторные (анализ крови, мочи, слюны, биоптатов и мазков, аллергологические тесты), функциональные и рентгенологические исследования. Например (рис32)

Рис. 32. Клиническая ситуация. Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях. Неравномерное повышенное стирание твердых тканей зубов. Деформация зубных рядов. Хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени. Снижение высоты нижнего отдела лица

РАЗДЕЛ IV. ЗУБЫ И ТКАНИ ПАРОДОНТА

Схема ООД Методы обследования с целью диагностики
заболеваний органов полости рта
Классификация по МКБ-10 (Приложение 2)

Последовательность действий	Клинические симптомы	Цель использования. Клинический пример
Опрос больного Мотивация больного Психоэмоциональное состояние Жалобы:	Создание атмосферы доверия на изменение цвета эмали зуба кратковременные боли от приёма химических раздражителей на кратковременные боли от приёма термических раздражителей быстро проходящие наличие кариозных полостей кровоточивость во время чистки зубов, при приёме пищи боль в зубе при накусывании	Положительный результат лечения гипоплазия, флюороз, эрозия эмали, кариес в стадии белого пятна гиперемия пульпы кариес дентина, гиперемия пульпы, обратимые и необратимые формы пульпита, периодонтиты заболевания тканей пародонта, острый лейкоз, сахарный диабет, инфекционные заболевания необратимые формы пульпита, пульпопериодонтит, пародонтит, альвеолит, синусит, невралгия тройничного нерва

	<p>слабость, недомогание, головокружение</p> <p>шум в ушах, понижение слуха, заложенность ушей</p> <p>боль, усиливающаяся при разговоре, жевании</p> <p>непонятная речь</p> <p>сухость в полости рта, жжение языка, СОПР</p> <p>ночная, самопроизвольная приступообразная локализованная боль</p> <p>ночная, самопроизвольная приступообразная иррадиирующая боль</p>	<p>ревматоидный артрит, инфекционные заболевания, заболевания ЖКТ, щитовидной железы, анемии и др.</p> <p>воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС, ЛОР-болезни, гипертоническая болезнь, атеросклероз сосудов головного мозга и др.</p> <p>воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС, воспалительные заболевания периодонта, пародонта, альвеолите и др.</p> <p>воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС, заболевания щитовидной железы, вторичная адентия, опухоль языка</p> <p>воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС, кандидоз, сахарный диабет, анемия, заболевания ЖКТ, ЦНС и др.</p> <p>необратимые формы пульпита, острый верхушечный периодонтит, пульпопериодонтит, папиллит (наличие искусственной коронки или кламмера)</p> <p>необратимые формы пульпита, воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС, синусит, альвеолит, ретроградный, конкрементозный пульпит, перекоро-</p>
--	---	---

	ноющая, с длительными «светлыми» промежутками боль	норит, невралгия тройничного нерва, отит, пародонтит абсцедирующей формы, инфаркт миокарда обратимые пульпиты, папиллит, необратимые пульпиты, патологическая стираемость зубов, гальванизм, альвеолит
	ноющая, с короткими «светлыми» промежутками боль	необратимые формы пульпита, невралгия, синусит, отит
	боль-хруст,	нейромускулярный синдром (безболевого) ВНЧС, инфекционно-аллергические заболевания
	хруст-щелканье	привычный вывих, патологическая стираемость твёрдых тканей зубов II и III степени, артрит, артроз ВНЧС
	прилипание антагонизирующих зубов при смыкании	кислотный некроз
	ночной скрежет зубами	патологическая стираемость твёрдых тканей зубов, гиперфункция жевательных мышц (бруксизм)
	чувство усталости при приёме пищи	патологическая стираемость твёрдых тканей зубов II и III степени
	боли в жевательных мышцах	патологическая стираемость твёрдых тканей зубов II и III степени, артрит, артроз ВНЧС
	боли в ВНЧС	травма ВНЧС, воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС

Факторы, усиливающие боль:	затруднённое открывание рта	травмы челюстно-лицевой области, заболевания ВНЧС, острые одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
	холод	обратимые формы пульпита, папиллит, синусит
	тепло	необратимые формы пульпита, гангрена пульпы, острый гнойный периодонтит, пульпопериодонтит
	усиливается	необратимые формы пульпита, острый периодонтит, обострение хронических форм периодонтита, пульпопериодонтит, наличие мостовидного протеза, папиллит, синусит
боль при накусывании		
запах изо рта	кратковременно исчезает	острый серозный периодонтит в стадии экссудации
		гангрена пульпы, пародонтит, язвенно-некротический стоматит Венсана, заболевания лёгких, ЖКТ, галитоз, тонзиллит
Anamnesis vitae:		
возраст	анатомо-физиологические особенности строения пульпы	выбор метода лечения
профессия	Профессиональные вредности: химические предприятия, кондитерские предприятия, контакт с радиоактивными веществами, тяжёлыми металлами, работа на улице, в поле	кариес острого течения, некариозные поражения твёрдых тканей зуба, язвенно-некротические поражения СОПР
беременность		

		некариозные поражения зубов у детей, заболевания ВНЧС, врождённые пороки лица, выбор метода лечения
наличие хронических заболеваний	острые респираторные заболевания	необратимые формы пульпита, пульпопериодонтит, одонтогенные воспалительные заболевания челюстно – лицевой области, заболевания ВНЧС
наличие аллергических заболеваний	ЖКТ, ССС, коллагенозов, эндокринные заболевания, заболевания крови	выбор метода лечения, качество проводимого эндодонтического лечения, отсутствие вторичного кариеса
гигиена полости рта	Аллергия к продуктам, бытовым веществам, лекарственным препаратам	анафилактический шок, коллапс, обморок, выбор лекарственных и пломбировочных материалов, съёмное и несъёмное протезирование
Anamnesis morbi:	наличие мягкого зубного налета и твердых зубных отложений	выбор метода лечения
	время появления кариозной полости раннее проводимое лечение кариеса появление боли впервые	гиперемия пульпы, некроз пульпы, гангрена пульпы обратимые, необратимые формы пульпита, острый верхушечный периодонтит
	периодичность появления болей	необратимые формы пульпита, пульпопериодонтит, синусит, отит
	эффективность проводимого эндодонтического лечения	отсутствие рентгенологического контроля при эндодонтическом лечении
Осмотр Внеротовая область		

Психоэмоциональное состояние:	спокойное	обратимые формы пульпита
	возбуждённое	необратимые формы пульпита, гангрена пульпы, синусит, отит, артрит ВНЧС
	подавленное	воспалительные заболевания челюстно-лицевой области с явлениями интоксикации, невралгия тройничного нерва,
Цвет кожи лица:	серый,	туберкулез, рак, язвенная болезнь желудка
	цианотичный,	сердечно-сосудистые заболевания, заболевания крови
	бледный,	заболевания крови, острые заболевания челюстно-лицевой области, коллапс,
	желтый оттенок	вирусный гепатит, заболевания печени, почек и др.
	не изменена	неосложнённые и осложнённые формы кариеса
Конфигурация лица:	изменена	острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области, артриты, артрозы ВНЧС, травма, вывих ВНЧС, новообразования челюстно-лицевой области
	выражена,	неврит лицевого нерва, снижение высоты нижнего отдела лица
Носогубная складка:	сглажена	острые воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
Пальпация точек выхода 1, 2, 3 трой-	безболезненна,	обратимые и необратимые формы пульпита

ничного нерва:	болезненна	невралгия тройничного нерва, синусит, область лунки удаленного зуба
Пальпация ВНЧС	безболезненна	неосложнённые и осложнённые формы кариеса
	болезненна	артриты, артрозы ВНЧС, травма, вывих ВНЧС
Состояние региональных лимфатических узлов- пальпация	болезненность	острый воспалительный процесс челюстно-лицевой области
	безболезненность	обратимые и необратимые формы пульпита
наличие новообразований на участке головы и шеи	онкологическая настороженность	могут быть
Околоротовые и внутриротовые мягкие ткани Осмотр слизистая губ:	наличие морфологических элементов заеда	инфекционные заболевания, хейлиты, авитаминозы, ТБС, стрептококковая, стафилококковая, сифилитическая инфекция и кандидоз, снижение высоты нижнего отдела лица
	без видимых изменений	обратимые и необратимые формы пульпита
	гиперемированна	ОРВИ, эндокринные, сердечно-сосудистые заболевания, аллергия
слизистая полости рта:	отпечатки зубов	
по линии смыкания зубов		заболевания ЖКТ, почек, анемия, гиповитаминоз
наличие морфологических элементов	гиперкератоз	хроническая механическая, физическая травма, съемное

наличие новообразований в полости рта	онкологическая настороженность	протезирование
язык:	наличие налёта	могут быть
сосочки языка	атрофированы	острые воспалительные заболевания, заболевания ЖКТ, кандидоз,
	жёлтый оттенок	заболевания крови, кандидоз
дно полости рта	участки некроза в местах травмы	болезнь Боткина, вирусный гепатит,
	жёлтый оттенок бледность	сахарный диабет, заболевания крови, протезирование при частичной потере зубов
	тёмно-вишнёвый цвет	заболевания печени, болезнь Боткина, вирусный гепатит болезни крови, авитаминозы
твёрдое и мягкое нёбо	Папилломатоз твёрдого нёба	эритремия, заболевания сердечно-сосудистой системы
Зубы и ткани пародонта		съёмное протезирование
Прикус: ортогнатический,	отсутствие травматической окклюзии	проведение окклюзиограммы
глубокий	наличие травматической окклюзии,	санация полости рта обратимые и необратимые формы пульпита, пародонтит, ретроградный пульпит
прямой	скользящий	воспалительно-дегенеративные заболевания ВНЧС
КПУ >7	наличие вторичного ка-	выбор метода лечения пуль-

ГИ >1	риеса	пита
	изменение цвета зуба	некариозные поражения, заболевания периодонта, результат эндодонтического лечения, ревматизм
	изменение формы зуба	наследственные пороки развития зуба, патологическая стираемость зубов патологическая стираемость зубов, флюороз, травма
изменение высоты коронки зуба	обнажение дентина	I степень (Бушан М. Г.) патологической стираемости
	укорочение коронки зуба, не достигающее до экватора (в пределах 1/3 длины коронки зуба)	II степень (Бушан М. Г.) патологической стираемости
	укорочение коронки зуба от 1/2 до 2/3 длины коронки	III степень (Бушан М. Г.) патологической стираемости
отметить зубную формулу		отметить клинической формулой Виола, интенсивность кариеса (КПУ)
частичная потеря зубов	классификация по Кеннеди	локализованная патологическая стираемость твердых тканей зубов, в КПУ преобладание значения элемента «У»
наличие дефекта в эмали и дентине зуба	интенсивное стирание эмали и дентина сопровождается вскрытием полости зуба или образованием дентиклей	эрозия эмали, гипоплазия, флюороз, клиновидный дефект, кариес, патологическая стираемость твердых тканей зубов обратимые и необратимые формы пульпита

одонтопрепарирование под искусственную коронку	восстановление зубного ряда и анатомической формы зуба	гиперемия пульпы травматический пульпит конкрементозный пульпит некроз пульпы травматический пульпит
лунка удалённого зуба	отсутствие сгустка крови	альвеолит
трещины эмали зуба	профессиональная гигиена полости рта	пульпит начальный (гиперемия пульпы)
наличие кариозной полости:	нависающие края эмали	острое течение кариеса, пульпит начальный (гиперемия), острый, гнойный (пульпарный абсцесс),
глубокая кариозная полость	отсутствие жевательной поверхности зуба более 60%	хронические формы пульпита и периодонтита
цвет дентина:	светлый	пульпит начальный (гиперемия пульпы), острый, гнойный (пульпарный абсцесс)
	тёмный	хронические формы пульпита и периодонтита
сообщение кариозной полости с полостью зуба:	полость зуба не вскрыта	пульпит начальный (гиперемия пульпы), острый, гнойный (пульпарный абсцесс)
	полость зуба вскрыта	травматический пульпит, хронический, хронический гиперпластический, травматический пульпит, бифуркация корня
цвет пульпы:	розовый кровоточит	травматический пульпит, хронический, хронический гиперпластический, травматический пульпит,

Зондирование дна кариозной полости (после удаления размягчённого дентина):	грязно-серый	гангрена пульпы
	болезненно в одной точке	обратимые формы пульпита
	болезненно по всему дну кариозной полости	пульпит гнойный (пульпарный абсцесс)
	болезненность при вскрытой полости зуба	пульпит хронический, хронический язвенный, травматический пульпит
перкуссия зуба вертикальная:	болезненность при глубоком зондировании корневого канала	гангрена пульпы, бифуркация корня, гранулирующий периодонтит
	безболезненная	обратимые формы пульпита
горизонтальная:	болезненная	пульпит гнойный (пульпарный абсцесс) необратимые формы пульпита
	безболезненная	обратимые формы пульпита
Исследование десны цвет:	без видимых изменений	пульпит гнойный (пульпарный абсцесс),
	гиперемированна, отёчна	обратимые и необратимые формы пульпита
наличие:	изъязвлений, некротического налёта	папиллит, перекоронорит, пульпопериодонтит, пародонтит
	«свища» в области пораженного зуба	язвенно-некротический стоматит Венсана, сахарный диабет, заболевания крови (острый лейкоз и др.)
		пародонтит абсцедирующей формы, ретроградный пульпит, гранулирующий периодонтит, пульпопериодонтит, остеомиелит

	зубодесневого кармана подвижность зуба	пародонтит пародонтит, ретроградный пульпит, травма зуба
Пальпация десны по переходной складке:	безболезненная болезненная	гиперемия пульпы, папиллит, обратимые и необратимые формы пульпита воспаление периодонта, пародонта пульпопериодонтит, воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
Специальные методы диагностики температурные пробы (холод):	быстропроходящая боль, слабо выраженная	гиперемия пульпы, папиллит
проба на тепло	выраженная боль, медленно проходящая выраженная боль, медленно проходящая	обратимые и необратимые формы пульпита некроз пульпы, гангренозный пульпит
Элетроодонтометрия	18-20 мкА 20-25 мкА 25-40 мкА 40-60 мкА 60-100 мкА	гиперемия пульпы острый очаговый пульпит острый диффузный пульпит пульпарный абсцесс хронический пульпит хронический гангренозный пульпит
Рентгендиагностика может быть выявлено	скрытая кариозная полость дентикли анатомические особенности полости зуба и каналов	гиперемия пульпы, острые формы пульпита конкрементозный пульпит выбор метода лечения хронические формы пульпита и периодонтита

Сообщение кариозной полости с полостью зуба	полость зуба вскрыта	периапикальные воспалительные процессы
одонтогенная резорбция	необратимое укорочение отдельных корней в многокорневых зубах	пародонтит средней степени тяжести, ретроградный пульпит, грануляционная ткань проникает в пульпу
	внешняя резорбция, периферический околопульпарный резорбционный процесс	некроз пульпы зуба, цвет зуба имеет красноватый оттенок
	внутренняя резорбция - внутренняя гранулёма, резорбция дентинной стенки пульпы	хронический пульпит, гангрена пульпы
Расширение периодонтальной щели	в области верхушки корня	хронический фиброзный периодонтит

Проводят осмотр зубных рядов, отмечают наличие сверхкомплектных зубов, прорезывание нижних зубов мудрости, определяют характер смыкания зубов, записывают зубную формулу. Оттянув щеку шпателем, отмечают состояние сосочков околоушных желез; приподняв язык к небу, обследуют протоки поднижнечелюстных и подъязычных (большой и малые протоки) слюнных желез и выделение ими слюны.

4.1 Некариозные поражения

Исследование отдельных зубов проводят в определенной последовательности: начиная с любой челюсти, осматривают каждый зуб в направлении от третьих моляров одной стороны до третьих моляров другой стороны. При этом определяют цвет, форму, положение, устойчивость, состояние клинических коронок зубов, количество зубов и их расположение, положение зуба (дистопия, вторичные перемещения в горизонтальной или вертикальной плоскостях). При флюорозе **K00.3 (МКБ10)**, дисплазии или гипоплазии эмали **K00.40(МКБ10)**, стираемости твердых тканей зуба **K03. (МКБ10)** наблюдается изменение цвета и формы зубов (рис.30)

Рис. 30. Х. Смуkler. Патологическая стираемость.

Заболевание флюорозом K00.3 (МКБ10) определяется по индексу – DFI – Дину

Оценка состояния флюороза определяется по четырехбалльной системе, где 0 – нормальное – изменение эмали отсутствует; 0,5 – сомнительное – единичные белые пятна; 1,0 – незначительное – небольшие непрозрачные белые участки эмали, занимающие менее 25% поверхности зуба; 2,0 – легкое – непрозрачные белые участки эмали, занимающие 50% поверхности зуба; 3,0 – среднее – коричневые пятна, занимающие более 50% поверхности зуба; 4,0 – тяжелое – коричневые пятна охватывают всю поверхность зуба, зуб подвержен гипопластическим изменениям. Отмечаются эрозивные поражения или высокая степень стираемости. Оценке подвергаются только два наиболее пораженных зуба. Распространенность флюороза определяют процентом лиц из числа осмотренных подростков, имеющих пораженные флюорозом зубы.

СООД «Диагностические признаки флюороза K00.3, кариеса K02.0 и гипоплазии K00.40 в стадии пятна» (МКБ10)

Признаки	Флюороз	Кариес	Гипоплазия эмали
Время возникновения	До прорезывания	После прорезывания	До прорезывания
Поражённые зубы	Преимущественно постоянные (временные редко)	В одинаковой степени временные и постоянные зубы	Преимущественно постоянные
Локализация	Вестибулярная, язычная (не типичная для кариеса)	Фиссуры и другие естественные углубления, контактные поверхности, шейки зубов.	Вестибулярная, язычная (не типичная для кариеса)

Количество пятен	Множественные	Единичные, редко больше	Чаще единичные
Проницаемость для красителей	Не увеличена	Увеличена значительно	Не увеличена
Судьба пятна	С возрастом может исчезнуть	Исчезает при лечении (редко), чаще на месте пятна возникает кариес эмали	Не исчезает
Содержание фтора в воде	Возникает в местах с повышенным содержанием фтора в питьевой воде	Поражённость увеличивается при уменьшении содержания фтора в питьевой воде	Не имеет значения

**СООД «Диагностические признаки эрозивной формы
флюороза K00.3»**

Признак	Флюороз	Кариес эмали	Гипоплазия
Жалобы	Эстетический дефект	Кратковременные боли от химических раздражителей	Эстетический дефект
Локализация	Вестибулярная, язычная, жевательная поверхность моляров	Фиссуры и другие естественные углубления, контактные поверхности, шейки зубов	Вестибулярная, язычная, жевательная поверхность моляров
Основной признак очага поражения	Дефект эмали в виде мелких или крупных эрозий, стёртость и сколы эмали	Шероховатость, дефект в пределах эмали. Зонд задерживается	Небольшие углубления в виде ямок или борозд с гладкой поверхностью
		Увеличена значи-	Не увеличена

Проницаемость для красителей	Не увеличена	тельно	
------------------------------	--------------	--------	--

4.2 Кариес зубов K02

При обследовании интактных зубов необходимо обратить внимание на поражение фиссур в виде темно-коричневой окраски или меловато-белые изменения на участках эмали. Определить поверхности, которые податливые кариесу (при отсутствии кариозных полостей, прилипание зонда на участке фиссуры) (рис33).

Рис. 33 Мюллер Х.П. Химические реакции при возникновении начального кариеса эмали с образованием интактной поверхности.

При наличии дефекта твердых тканей зуба с размягченным дентином, проводят определение интенсивности кариеса (КПУ). В значение элемента «К» в структуре КПУ отмечают осложненные формы кариеса: пульпит, периодонтит и зубы, подлежащие операции удаления. Элемент «П» – ранее поставленные пломбы, элемент «У» - ранее удаленные зубы. При определении кариозной полости необходимо провести описание элементов кариозной полости: размеры кариозной полости, размеры входного отверстия, края кариозной полости, дно кариозной полости (рис.34)

Рис. 34. Различные стадии кариеса (Мюллер Х.П.).

Схематичное изображение различных стадий кариеса дентина:

А – дентинно-пульповый комплекс реагирует гистопатологическими изменениями на кариозное поражение. На границе пульпы с дентином образуется третичный дентин. По направлению к периферии зуба располагаются слой нормального дентина, склеротическая зона, зона «Dead tracts» и на эмалево–дентинной границе – зона деминерализации.

Б – после поражения эмали микроорганизмы проникают в дентинные каналцы (зона пенетрации). Процесс кариозной деминерализации в деминерализованной зоне становится более интенсивным. Происходит распространение кариозного процесса на эмалево–дентинном соединении.

В – на продвинутых стадиях кариеса наблюдается интенсивное инфицирование дентинных каналцев. В зоне некроза обнаруживают распадающийся и размягчённый дентин, а также микроорганизмы с противолитической активностью. «Dead tracts», слои здорового, неповреждённого дентина над пульпой отсутствуют.

Классификация кариеса по локализации

K02 Кариес зубов

K02.0 Кариес эмали. Стадия «белого (мелового) пятна» (начальный кариес)

K02.1 Кариес дентина

K02.2 Кариес цемента

K02.3 Приостановившийся кариес зубов

K02.4 Одонтоклазия

Детская меланодентия

Меланодонтоклазия

Рис. 35. Кариес цемента.

При осмотре дна кариозной полости определяют состояние полости зуба и отмечают: полость зуба – вскрыта, раскрыта, кровоточит. При зондировании полости зуба определяют болезненность, безболезненность, при зондировании устья корневого канала наличие кровоточивости, болезненность, безболезненность. Глубокое зондирование корневого канала – болезненно, безболезненно. При проведении сравнительной перкуссии – вертикальной, горизонтальной определяют болезненность или безболезненность. Наличие свищевого хода, симптом вазопареза – положительный, отрицательный. Симптом Мармассе – положительный, отрицательный.

Степень разрушения твердых тканей коронки и корня зуба необходимо определить в два этапа: до и после удаления всех размягченных тканей. После удаления размягченных тканей можно с уверенностью говорить о возможности сохранения оставшейся части твердых тканей зубов. При оценке качества пломбы определяют степень ее прилегания к тканям зуба, отсутствие или наличие вторичного кариеса, эстетический оптимум. Зубы человека могут иметь различную окраску — от молочного и белого до темно-коричневого.

Отмечают изменение цвета всей коронки или отдельных ее участков. Зубы, лишенные пульпы, становятся тусклыми, принимают сероватый оттенок, иногда имеют желтоватый оттенок в результате применения биоминерализующих или других препаратов. При кариесе цвет зуба меняется соответственно степени выраженности патологического процесса. Амальгамы окрашивают зуб в темный цвет. При травме зуба, сопровождающейся некрозом пульпы, цвет зуба становится розоватым и со временем темнеет. Курение, а также применение различных растворов (крепкий чай, кофе) приводит к изменению цвета зубов.

Устойчивость зуба определяется пинцетом в направлениях: щечно-губном, язычно-небном, медиальном, дистальном, вертикальном, соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей зубов.

4.3. Заболевания пародонта. Математические индексы в стоматологии

При обследовании десны и альвеолярного края определяют цвет, архитектуру, тургор, ширину, отечность, подвижность. Обращают внимание на гипертрофию, величину гипертрофии десны, рецессию десны, фестончатость десневого кратера, атрофию десневых сосочков, нарушение целостности, изъязвления, кровоточивости при надавливании. Определяют наличие патологических десневых карманов, глубину в миллиметрах, выделение из них серозного или гнойного экссудата, грануляций. Наличие над- и поддесневых зубных отложений. Наличие пародонтального абсцесса. Подвижность зуба. Определение индекса CPITN, РМА, КПИ. Распространенность и интенсивность заболеваний пародонта определяется, согласно рекомендациям ВОЗ, по индексу CPITN и РМА.

CPITN – периодонтальный индекс потребности в лечении заболеваний тканей пародонта. Обследуют окружающие ткани на верхней и нижней челюсти в области секстантов 17/16, 11, 26/27, 37/36, 46/47. Регистрация данных индекса проводится по следующим кодам:

0 – нет признаков кровоточивости, зубного камня, патологического кармана;

1 – кровоточивость после зондирования;

2 – поддесневой зубной камень;

3 – патологический карман глубиной 3,5-5,5 мм;

4 – патологический карман глубиной 6 мм и более.

Учитывается признак наибольшей тяжести поражения путем записи значения кода у каждого из 6 обследованных зубов. По этим данным можно вычислить количество секстантов с кодами «0»- здоровый пародонт, «1» с кровоточивостью и т.д. и определить средние величины для группы обследованных.

Рис. 36. Интактный пародонт.

Рис. 37. Острый катаральный гингивит.

Рис. 38. Очаговый пародонтит тяжелой степени в области 15 и 16 зубов вследствие ожога мышьяковистой пастой.

Рис. 39. Пародонтит лёгкой степени.

Рис. 40. Пародонтит тяжелой степени на фоне инсулинозависимого сахарного диабета.

РМА – папиллярно-маргинально-альвеолярный индекс – индекс гингивита. Воспаления сосочка (Р) оценивается баллом 1, воспаление края десны (М) – 2, воспаление альвеолярной десны (А) – 3.

Цифровое значение индекса РМА – сумма показателей состояния маргинального пародонта всех имеющихся зубов и всегда выражается целым числом.

$$\text{РМА} = 100\% \times \text{сумма баллов} / 3 \times 30$$

Для оценки гигиенического состояния полости рта применяется индекс Федорова Ю.А. Володкиной В.В. и упрощенный индекс гигиены «ИГР-У». Индекс Фёдорова Ю.А. Володкиной В.В. определяется с помощью 2% водного раствора метиленового синего. Им смазывают вестибулярные поверхности 43; 42; 41; 31; 32; 33. В зависимости от количества налета окрашиваются разные участки поверхности зубов и с различной интенсивностью. Окраска оценивается качественно по трех балльной системе: интенсивно окрашенные поверхности всего зуба – 3 балла, слабое – 2 балла, отсутствие окрашивания – 1 балл.

Рассчитывают по формуле $K_{\text{ср}} = E \cdot K_n / n$,

где $K_{\text{ср}}$ – общий гигиенический индекс;

E – сумма баллов

K_n – гигиенический индекс очистки одного зуба

n – количество зубов

Оценочные критерии гигиены полости рта по индексу Федорова Ю.А. Володкиной В.В.: 1.1- 1.5 – хороший уровень гигиены, 1.6 – 2.0 – удовлетворительный, 2.1 – 2.5 – неудовлетворительный, 2.6 – 3.0 – плохой.

Формула для расчета упрощенного индекса гигиены рта "ИГР – У" (Oni-s, Green Wermillion 1964) следующая:

$$\text{ИГР} - \text{У} = E \cdot 3Н / n + E \cdot 3К / n$$

S – сумма значений;

$3Н$ – зубной налет;

$3К$ – зубной камень;

n – количество обследованных зубов (обычно шесть зубов).

Методика: визуально с помощью зубоврачебного зонда определяется зубной налет и зубной камень на губных поверхностях 11 и 31, щечных поверхностях 1.6, 26 и язычных поверхностях 3.6 и 4.6.

0 баллов - ЗН и ЗК не обнаружен;

1 балл – ЗН и наддесневой ЗК покрывают 1/3 поверхности зуба;

2 балла – ЗН и ЗК покрывают 2/3 поверхности зуба или поддесневой ЗК определяется в виде отдельных конгломератов;

3 балла - ЗН и ЗК покрывают $> 2/3$ поверхности зуба или поддесневой ЗК окружает пришеечную часть зуба. Оценочные критерии гигиены полости рта по индекс «Oni – s»:

0 -0,6 – уровень гигиены хороший;

0,7 – 1,6 –уровень гигиены средний;

1,7 – 2,5 – уровень гигиены плохой;

2,6 и $>$ - уровень гигиены очень плохой.

4.4. Способ определения интенсивности заболеваний тканей

пародонта (Приоритет изобретения 10 ноября 2002 года. Срок действия патента до 2022 года).

По определению ВОЗ «приемлемый уровень здорового пародонта» составляет 4 здоровых секстанта в возрасте 18 лет. Поэтому, при эпидемиологическом исследовании подростков Кубрушко Т.В., Гейн С.С., Гейн С.В., Фетисовой Е.В., было рассчитано среднее значение гигиены полости рта в зависимости от количества здоровых секстантов в группе осмотренных по формуле:

$$Y = b - ax$$

Определяют гигиенический индекс (Y) у каждого обследуемого, а затем значение гигиенического индекса на группу обследуемых подставляют в формулу: $y = b - a \cdot x$ и высчитывают среднее количество здоровых секстантов пародонта. Выявили, что при гигиеническом индексе равном 1,31 количество здоровых секстантов пародонта составляет 6, говорят о здоровом пародонте в обследуемой группе и хорошей профилактической работе. При гигиеническом индексе равном 2,4 и выше отсутствуют здоровые секстанты код «0», что соответствует недостаточной организации стоматологической помощи (согласно ВОЗ).

Выведение формулы $y = b - a \cdot x$ и расчет параметров проводились с использованием методов корреляционно – регрессионного анализа Н.Ш. Кремер, В.Е. Гмурман

Гигиенический индекс представляет собой дискретную случайную величину, изменяющуюся от 0 до 3 с шагом 0,25.

Результаты вычислений представлены на диаграмме, на которой по оси абсцисс отложены значения интенсивности заболевания тканей пародонта, а по оси ординат – значения гигиенического индекса. Сплошной линией выделено полученное уравнение регрессии: $y_x = 2,45 - 0,19 x$

Рис. 41. Зависимость интенсивности заболевания тканей пародонта от значений гигиенического индекса.

Например: для некоторой группы 15-летних подростков среднее значение гигиенического индекса (Y) равно 2,25.

Подставляя $y = 2,25$ в формулу $y_x = 2,45 - 0,19x$ получим:

$$x = \frac{2,25 - 2,45}{-0,19} = 1,05$$
 для подростков в возрасте 15 лет количество секстантов,

имеющих код «0» по индексу CRITN при гигиеническом индексе 2,25 равно 1,05, т.е. в группе при гигиеническом индексе 2,25 определяется высокий уровень интенсивности заболевания пародонта. При гигиеническом индексе - 1,31 количество секстантов, имеющих код «0» равно 6, т.е. в группе подростков, имеющих гигиенический индекс 1,31, низкий уровень интенсивности заболевания пародонта.

Таким образом, использование предложенного способа дает возможность получить объективную количественную оценку интенсивности заболеваний пародонта в полости рта без дополнительного диагностирования индекса CRITN. По установленной зависимости можно определить эффективность профилактических мероприятий при заболевании тканей пародонта по значению гигиенического индекса. Контроль гигиены не представляет затруднений и не требует много времени и может быть выполнено не только стоматологом, но и другими: врачом интернистом, средним медицинским работником.

4.5. Рецессия десны

В отечественной литературе для обозначения рецессии десны длительное время применялись термины «ретракция» и «атрофия» Т.Ф. Виноградова с соавторами (1983 г.) предложила называть эту патологию V-образным атрофическим гингивитом.

Рис.42 Рецессия десны

Рис. 43. Рецессия десны

Рецессия десневого края чаще всего локализуется с вестибулярной стороны в области верхних клыков и премоляров, а также нижних клыков и резцов; реже — с вестибулярной или оральной стороны верхних моляров. У пациентов 21–30 лет высота рецессии десны в среднем составляет 0,37 мм на верхней челюсти и 0,71 мм на нижней челюсти. В возрасте 31–40 лет соответственно 1,1 и 1,5 мм; у людей 41–50 лет — 1,98 и 2,05 мм; в возрасте 51–60 лет — 1,11 и 2,98 мм. Более выраженная рецессия десны встречается реже, однако именно она требует серьезного хирургического лечения с целью нормализации эстетики. Наиболее распространенной во всем мире является классификация, предложенная P.D.Miller в 1985 году. I класс — рецессия в пределах свободной десны. Потеря десны и/или кости в межзубных промежутках отсутствует (подкласс А — узкая, подкласс Б — широкая) На рис.1 представлена клиническая картина рецессии десны у пациентки 3., 28 лет, на фоне мелкого преддверия полости рта.

При этом выделяется 3 типа рецессий:

I. Травматическая рецессия:

- локализованная;
- генерализованная.

II. Симптоматическая рецессия:

- локализованная;
- генерализованная;
- системная.

III. Физиологическая рецессия:

- системная.

По степени тяжести выделяется легкая (до 3 мм), средней тяжести (3–5 мм) и тяжелая (6 и более мм) рецессия. Также рекомендовано различать 2 типа рецессии: видимую и скрытую. Видимая рецессия может быть определена врачом как расстояние от эмалево-цементной границы до десневого края (высота рецессии) и расстояние между вертикальными краями рецессии на уровне эмалево-цементной границы (ширина рецессии). Скрытая рецессия обнаруживается только при зондировании.

Зондирование пародонтальных карманов проводят с помощью углового стоматологического градуированного зонда, конец которого затуплен. Зонд вводят в периодонтальную щель с четырех сторон (вестибулярная, оральная, контактные). Погружение зонда от анатомической шейки зуба на половину вертикального размера коронки свидетельствует о глубине поражения, равной $1/4$ длины стенки альвеолы, на величину коронки — на $1/2$, погружение, равное полуторной величине коронковой части, приравнивается к атрофии $3/4$ вертикального размера стенки зубной альвеолы. Данные зондирования заносят в одонтопародонтограмму.

РАЗДЕЛ V. ЧАСТИЧНОЕ И ПОЛНОЕ ОТСУТСТВИЕ ЗУБОВ

5.1. Деформация зубных рядов и прикуса

При осмотре десневого края обращают внимание на его соотношение с анатомической шейкой зуба. При ряде заболеваний происходит рецессия (уменьшение объема) десны за счет сокращения, укорочения, исчезновения некоторых элементов ее структуры. Определяют соотношение внеальвеолярной (коронковой) и внутриальвеолярной (корневой) части зуба (1:2 – норма, 2:1 – патологическое состояние). Изменения в опорно-удерживающем аппарате зуба выявляют при помощи перкуссии. Болевые ощущения, их интенсивность информируют врача о состоянии околоверхушечных тканей. Звук, получаемый при перкуссии, позволяет выяснить состояние пульпы зуба. Депульпированный зуб с запломбированным каналом дает приглушенный звук, зуб с незапломбированным каналом формирует тимпанический звук (пустоты).

На основании рентгеновского снимка может быть выявлена степень obturации каналов (пломбирование до верхушки корня или только его часть), а также наличие патологического процесса в окружающих его тканях и пригодность зуба (корня) в качестве опоры для протеза (коронка, штифтовый зуб, штифтовая конструкция). При наличии коронковой части зуба над уровнем десны в пределах 1-2 мм корень зуба используют под штифтовый зуб (искусственная коронка в них жестко соединена со штифтом).

При расположении корня зуба на уровне десны или ниже уровня десны (3,5–4 мм) – его используют под штифтовую конструкцию – литая культевая штифтовая вкладка и покрывная (наружная) коронка.

Исследование зубных рядов. При осмотре верхней и нижней зубных дуг определяют:

- число имеющихся зубов;
- наличие, топографию и протяженность дефектов в зубных рядах;
- замещены или нет отсутствующие зубы протезами и их вид;
- характер контактов между рядом стоящими зубами;
- форма зубных дуг;
- соотношение внеальвеолярной и внутриальвеолярной частей;
- уровень и положение каждого зуба;
- уровень окклюзионной поверхности;
- наличие окклюзионной плоскости;
- наличие пломб и их состояние.

Правильно сформированный зубной ряд верхней челюсти взрослого человека имеет форму эллипса, нижней челюсти — параболы. Зубы прилегают один к другому, образуя выпуклыми поверхностями коронок контактные пункты. При аномальном прорезывании зубы могут располагаться вестибулярно, орально, выше, ниже уровня рядом стоящих зубов, мезиально, дистально, а также могут быть повернутыми вокруг оси.

Частичное отсутствие зубов может способствовать смещению, выдвиганию зубов в сторону отсутствующих антагонистов, либо наклоняться в сторону дефекта зубного ряда. Выявленное смещение зуба в любом направлении – это симптом патологического состояния зубочелюстной системы. При описании расположения зубов в зубном ряду в медицинской карте стоматологического больного отмечаются только атипично расположенные зубы, а также все отсутствующие. Вносятся данные о состоянии твердых тканей зуба и наличии зубных протезов.

Зубная формула

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Вариантов отсутствующих зубов может быть великое множество — от одного отсутствующего зуба в зубном ряду до наличия на челюсти всего одного зуба. Для систематизации этих вариантов предложены топографо-анатомические классификации дефектов зубных рядов, образующихся в результате потери зубов. Широкое применение получила классификация Кеннеди. Потеря зубов ведет к тканевой перестройке в пародонте из-за отсутствия жевательной нагрузки. Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) непосредственным образом влияет на качество жизни пациента. Частичное отсутствие зубов обуславливает нарушение, вплоть до полной утраты, жизненно важной функции организма — пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, а также нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта воспалительного характера.

Не менее серьезными являются последствия частичного отсутствия зубов (частичной вторичной адентии) для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики.

Частичное отсутствие зубов (частичная вторичная адентия) является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как феномен Попова-Годдона, дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома.

Несвоевременное восстановление целостности зубных рядов при их частичном отсутствии (частичной вторичной адентии) обуславливает раз-

витие таких функциональных нарушений, как перегрузка пародонта оставшихся зубов, развитие патологической стираемости, нарушения биомеханики зубочелюстной системы.

Особенностью данной патологии является отсутствие у пациентов болевого синдрома. При отсутствии одного или двух, а иногда и нескольких зубов больные нередко не ощущают дискомфорта и не обращаются к врачу.

Частичное отсутствие даже одного зуба в любой функционально ориентированной группе зубов может привести к развитию феномена Попова-Годона, прямого или отраженного травматических узлов, в результате чего развивается воспаление в десневом крае, деструкция костной ткани и развитие патологических карманов, в первую очередь, в области зубов, ограничивающих дефект.

При отсутствии одного или нескольких фронтальных зубов на верхней челюсти клиническая картина характеризуется симптомом «западения» верхней губы. При значительном отсутствии боковых зубов отмечается «западение» мягких тканей щек, губ. Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях без сохранения антагонизирующих пар зубов в каждой функционально ориентированной группе зубов приводит к снижению высоты нижнего отдела лица, нередко к развитию ангулярных хейлитов («заеды»), патологии височно-нижнечелюстного сустава, изменениям конфигурации лица, выраженным носогубным и подбородочной складкам, опущению углов рта.

Частичное отсутствие жевательных зубов обуславливает нарушения функции жевания, больные жалуются на плохое пережевывание пищи.

При осмотре полости рта оценивают состояние зубных рядов, обращают внимание на число и состояние оставшихся зубов, наличие и расположение дефектов зубных рядов и их протяженность, замещены ли отсутствующие зубы или дефекты отдельных зубов ортопедическими конструкциями. В случае наличия ортопедических конструкций оценивают их функциональное состояние. Обращают внимание на характер контактов между рядом стоящими зубами, на форму зубных дуг, уровень и положение каждого зуба, уровень окклюзионной поверхности и окклюзионной плоскости (деформацию зубных рядов).

Следует обратить внимание на наличие и расположение антагонизирующих пар зубов, окклюзионные контакты, соотношение зубных рядов, соотношение челюстей, вид прикуса, окклюзионные и артикуляционные соотношения зубных рядов, оценивают состояние слизистых оболочек.

При обследовании полости рта обращают внимание на выраженность и расположение уздечек и щечных складок.

Акцентируют внимание на наличие и выраженность атрофии альвеолярных отростков (рис.44).

Рис. 44. Частичное отсутствие зубов на обеих челюстях. Неравномерное повышенное стирание твёрдых тканей зубов (смешанная форма). Хронический генерализованный пародонтит. Снижение высоты нижнего отдела лица на 9 мм.

Установление вида прикуса позволяет правильно сконструировать лечебный аппарат (протез), определить врачебную тактику (рис.45).

Рис. 45. Химический некроз.

Необходимо определить степень резцового перекрытия. В норме при ортогнатическом виде прикуса верхние резцы перекрывают нижние на 1/3. Если эта величина возрастает, то это характеризует наличие другого вида прикуса или патологических изменений. Одновременно с увеличением степени резцового перекрытия из-за дистального смещения нижней челюсти меняется характер окклюзионного соотношения. Очень важным обстоятельством в характеристике прикуса является наличие контакта режущих краев нижних фронтальных зубов с зубными бугорками верхних передних зубов (характерно для глубокого резцового перекрытия). Например: при прогнатии отсутствует артикулирующий контакт, а в некоторых случаях нижние зубы травмируют слизистую твердого неба, что характерно и для глубокого прикуса.

Несовпадение линии центра, вертикальной линии между центральными резцами верхней и нижней челюстей является симптомом различных заболеваний: поражение правого или левого ВНЧС, перелом челюстей, патологическая перестройка в зубных рядах из-за частичной потери зубов, наличие функции жевания только на одной стороне.

Расположение режущих краев резцов и клыков ниже красной каймы губ, значительное их обнажение при разговоре свидетельствует об их перемещении вертикально или вестибулярно. Смещение в вестибулярном

направлении сопровождается образованием диастемы и трем, а сами зубы отодвигают губу кверху, такое смещение приводит к образованию открытого прикуса или обуславливает перемещение нижних резцов вверх.

Сохранность окклюзионной поверхности имеет важное диагностическое значение и в группе жевательных зубов. При ортогнатическом, бипрогнатическом видах прикуса и физиологической прогении наблюдается плавное искривление линии зубного ряда, начиная от первого премоляра (кривая Шпее). Кривая Шпее при прямом прикусе отсутствует. Диагностическим симптомом следует считать нарушение плавности кривой, вызываемое смещением зуба или ряда зубов вверх или вниз по отношению к рядом стоящим зубам.

Деформация зубных рядов наиболее часто встречается при потере антагонистов (на нижней челюсти встречается реже). Искривление окклюзионной поверхности может наступить и при сохранении интактных зубных рядов, когда часть антагонизирующих зубов подвержена патологической стираемости или окклюзионная поверхность некоторых зубов имеет некачественную (завышенную) пломбу. Аналогичная деформация может возникнуть при лечении частичного отсутствия зубов съемными протезами с пластмассовыми зубами, мостовидными протезами с пластмассовой облицовкой. В этих случаях одновременно с истиранием пломбировочного материала или пластмассовых зубов происходит перемещение антагонизирующих зубов. Перестройка зубного ряда сначала возникает вблизи дефекта, а затем распространяется на весь зубной ряд. К вторичному перемещению зубов следует отнести изменение их положения не только при дефектах зубных рядов, но и при пародонтопатиях, одонтогенных опухолях и функциональной перегрузке.

Типичными являются следующие направления движения зубов: вертикальное перемещение верхних и нижних зубов, взаимное вертикальное перемещение верхних и нижних зубов, дистальное и мезиальное перемещение, наклон зубов в язычно-небном направлении, поворот зуба вокруг оси, комбинированное перемещение (веерообразное перемещение зубов).

Зубы, лишенные антагонистов, смещаются в направлении отсутствующих антагонистов противоположной челюсти, что вызывает деформацию как самого зубного ряда, так и челюсти. Подобная деформация ЗЧС у взрослого человека развивается постепенно через 3—5 лет после удаления зубов, а у детей — в течение нескольких месяцев. Лишенные антагонистов зубы могут смещаться до уровня слизистой оболочки альвеолярного отростка противоположной челюсти. В результате травмы развивается декубитальная язва. Более грозным симптомом деформации является блокирование горизонтальных жевательных движений. Блокирующие движения влекут за собой потерю зубов и функциональную перегрузку зубов, оказавшихся в блоке.

Разнообразие клинических форм зубочелюстных деформаций требует внимательного подхода к решению вопроса об устранении их при подготовке к ортопедическому лечению.

5.2. Обследование больного при полном отсутствии зубов.

Отсутствие зубов непосредственным образом влияет на качество жизни пациента, обуславливает нарушение жизненно важной функции организма - пережевывания пищи, что сказывается на процессах пищеварения и поступления в организм необходимых питательных веществ, нередко является причиной развития заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Не менее серьезными являются последствия отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц могут обусловить изменения психоэмоционального состояния вплоть до нарушений психики. Отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких, как дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома.

Изменения, развивающиеся в полости рта после удаления зубов, захватывают не только альвеолярные отростки, но и слизистую оболочку, покрывающую их. Необходимо обратить внимание на степень открывания рта: характер соотношения челюстей, степень атрофии альвеолярных отростков, характер атрофии, форма альвеолярного отростка, поверхность, скат альвеолярного отростка, форму и выраженность позадиомолярных бугров (рис.46).

Рис. 46. Полное отсутствие зубов на нижней челюсти. Повышенная болевая чувствительность слизистой оболочки протезного ложа.

Твердое небо образовано соединением двух горизонтальных небных пластин по срединному шву. Выбухая, этот шов образует «торус», форма и размеры которого варьируют. Шов может быть плоским, втянутым и выпуклым. Необходимо отметить форму свода твердого неба (готическое, куполообразное, плоское) и его высоту (высокое, средней высоты, низкое).

Мягкое небо является непосредственным продолжением твердого неба и может иметь три формы ската (угол наклона мягкого неба к глотке) — крутой, пологий и средний. При крутом скате задний край твердого

неба соответствует месту перехода неподвижной слизистой в подвижную (в виде узкой полосы). При пологом скате ширина пассивно-подвижной слизистой увеличивается, что позволяет удлинить базис протеза и тем самым улучшить фиксацию. Положение мягкого неба может меняться при открытой полости рта и во время откусывания пищи — мягкое небо опущено; при закрытой полости рта — несколько приподнято; при разговоре — сильно приподнято.

Определяется состояние внутренних косых линий: могут быть острые, плоские, резко выраженные, невыраженные, болезненные или безболезненные. Большое значение имеют слизистые бугорки. Они могут быть плотными, мягкими, подвижными, неподвижными или податливыми.

Анатомические образования нижней и верхней челюстей необходимо также пальпировать для обнаружения острых выступов.

Оценка состояния слизистой оболочки полости рта. Учитывают цвет и влажность. Цвет может меняться от бледно-розового до синюшного. В этих случаях необходимо дифференцировать, связано ли изменение цвета с действием протезов (гиперемия, синюшность) или с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, инфекционными заболеваниями (беловатый налет, бледность). На слизистой щек и боковых поверхностях языка могут быть видны отпечатки зубов, декубитальные язвы, разлитая гиперемия, другая патология. Слизистая оболочка полости рта может быть подвижной, неподвижной и пассивно-подвижной. Неподвижная слизистая оболочка покрывает альвеолярный отросток и твердое небо. В области срединного шва она прикрепляется без подслизистого слоя. В боковых и задних отделах твердого неба она содержит большое количество слизистых желез, смещается только под давлением по направлению к надкостнице. Необходимо определить границы перехода неподвижной слизистой оболочки в подвижную, а в последней границу перехода пассивно-подвижной слизистой в активно-подвижную слизистую. Пассивно-подвижная слизистая — участок слизистой, имеющий выраженный подслизистый слой, может смещаться в различных направлениях.

Слизистая оболочка всегда податлива, однако степень податливости различна. Податливая слизистая оболочка не всегда подвижна. Зона пассивно-подвижной слизистой оболочки с вестибулярной стороны получила название нейтральной зоны. Место перехода активно-подвижной слизистой оболочки альвеолярного отростка в такую же слизистую щеки называют переходной складкой. Нейтральная зона не совпадает с переходной складкой, а располагается на верхней челюсти ниже, а на нижней — выше ее.

Оральная часть нейтральной зоны на верхней челюсти проходит в области перехода твердого неба в мягкое, нередко затрагивая вибрирующую зону — участок слизистой оболочки, который выявляется при произношении звука «а». Ширина пассивно-подвижной слизистой оболочки в области линии «а» может достигать 6 мм.

Периферический край протеза, соприкасаясь с мягкими тканями, образует клапан. Клапанная зона шире зоны переходной складки. Край протеза, упираясь в переходную складку, несколько вызывает ее напряжение, а щечный скат периферического края протеза соприкасается со слизистой оболочкой щеки. Со стороны неба клапан образуется за счет погружения края протеза в пассивно-подвижные ткани на месте перехода твердого неба в мягкое нёбо. Топография клапанной зоны строго индивидуальна и зависит от ряда факторов: индивидуальной особенности строения челюсти, степени атрофии альвеолярного отростка и тела челюсти, индивидуальной особенности строения мягких тканей, покрывающих челюсти.

Слизистая оболочка, покрывающая беззубые верхние и нижние челюсти, характеризуется определенным гистологическим строением, толщиной, степенью податливости и чувствительности. Под податливостью слизистой оболочки подразумевают ее свойства сжиматься под действием давления и восстанавливать свою первоначальную форму после снятия нагрузки. Податливость можно установить при помощи ручки зонда, но для более точного определения предложены различные приборы (В.И. Кулаженко, М.Н. Соломонов, В.Ю. Курляндский и др.). В зависимости от податливости слизистой оболочки врач выбирает методику получения функционального оттиска и оттискной материал. Оценивать состояние слизистой оболочки принято по Суппле: первый класс — как на верхней, так и на нижней челюсти имеются хорошо выраженные альвеолярные отростки, покрытые слегка податливой слизистой оболочкой; небо также покрыто равномерным слоем слизистой оболочки, умеренно податливой в задней его трети; естественные складки слизистой оболочки (уздечка губ, щек и языка) как на верхней, так и на нижней челюсти достаточно удалены от вершины альвеолярной части. Второй класс — слизистая оболочка атрофирована, покрывает альвеолярные гребни и небо тонким, как бы натянутым слоем; места прикрепления естественных складок расположены несколько ближе к вершине альвеолярной части. Третий класс — альвеолярные части и задняя треть твердого неба покрыты разрыхленной слизистой оболочкой, такое состояние слизистой оболочки часто сочетается с низким альвеолярным гребнем. Четвертый класс — подвижные тяжи слизистой оболочки расположены продольно и легко смещаются при незначительном давлении оттискной массой; тяжи могут ущемляться, что затрудняет или делает невозможным пользование протезом; такие складки наблюдаются главным образом на нижней челюсти (болтающийся мягкий гребень, преимущественно при отсутствии альвеолярной части).

Тип беззубых челюстей оценивается по И.М. Оксману, классификация удобна для практического применения, так как она едина для верхних и нижних беззубых челюстей. Первый тип — высокая альвеолярная часть, высокие бугры верхней челюсти, выраженный свод неба и высокое расположение переходной складки и точек прикрепления уздечек и тяжей. Второй тип - атрофия альвеолярной части и бугров верхней челюсти средне выраженная, менее глубокое небо и более низкое прикрепление подвиж-

ной слизистой оболочки. Третий тип — значительная, но равномерная атрофия альвеолярной части и бугров, уплощенный небный свод, подвижная слизистая оболочка прикреплена на уровне вершины альвеолярной части, Четвертый тип — неравномерная атрофия альвеолярной части, т.е. сочетаются признаки первого, второго и третьего типов.

На амбулаторном приеме врача-стоматолога, нередко обращаются пациенты после фиксации несъемных и съемных конструкций с жалобами на дискомфорт в полости рта. Поэтому стоматологу необходимо обратить внимание и подробно описать состояние конструкций — цвет, форма, целостность, соответствие анатомической форме естественных зубов, выраженность жевательных бугров, характер взаимоотношений при артикуляции. При несъемном протезировании оценивают количество опорных элементов и искусственных зубов, вид протеза, тщательно осматривают промежуточную часть протеза — отношение к альвеолярному отростку (касательная, седловидная), наличие промывного канала. Оценивают устойчивость несъемной конструкции на естественных зубах и характер взаимоотношения с зубами-антагонистами, отмечают наличие протезов из различных металлов и эстетические качества.

Описывают наличие реставраций и починок базиса, толщину, форму краёв, границы базиса протеза, положение кламмеров на зубах, постановку искусственных зубов при съемном протезировании, отмечают конструкцию (пластиночный или бюгельный), расположение дуги, характер взаимоотношения с зубами-антагонистами. Оценивают фиксацию и стабилизацию протеза во время функции. Для определения качества проведенного ортопедического лечения необходимо изготовить и сопоставить диагностические модели, которые дают возможность оценить состояние до ортопедического лечения, после одонтопрепарирования и наложения и фиксации протезов.

Итак, в результате полученной информации, следует обратить внимание на важность межпредметных знаний для постановки клинического диагноза, в основе которого лежит алгоритм диагностического процесса.

6. Клинический диагноз

Болезнь характеризуется общим или частичным снижением приспособляемости к внешней среде и ограничением жизнедеятельности того или иного органа и организма. Заболевание - возникновение болезни у отдельного человека. Каждая болезнь проявляется определённым признаком или группой признаков, представляющих собой отклонение от нормы. Этот признак называют симптомом.

Выяснение симптомов, этиологии, патогенеза, течения болезни у данного больного, его физического и психического состояния, степени, характера морфологических и функциональных нарушений возможно лишь при правильном тщательном клиническом обследовании. Чем точнее будет поставлен диагноз, тем более правильно врач составит план лечения и целенаправленное проведёт лечение.

Врач-стоматолог при обследовании больного должен выявить не только заболевания зубочелюстной системы, но и перенесенные и сопутствующие общие заболевания (желудочно-кишечного тракта, крови, эндокринной системы и др.), так как самые ранние симптомы различных форм патологии проявляются в полости рта и на коже лица. При обследовании больного врачи-стоматологи в большинстве случаев не предусматривают изучение соматического статуса пациентов с привлечением врачей-интернистов. Остаются невыясненными заболевания внутренних органов, на фоне которых возникают нередко патологические изменения полости рта: изменения цвета, формы зубов, заболеваний тканей пародонта, слизистой оболочки полости рта, языка, губ, состояния подчелюстных лимфатических узлов, которые свидетельствуют о грозных заболеваниях организма.

Пути распространения инфекции из стоматологического очага

<i>Заболевания органов полости рта</i>	<i>Осложнения, вызываемые заболеваниями органов полости рта</i>
Осложненные формы кариеса Хронические заболевания слюнных желез Околокорневые кисты Хронический остеомиелит челюсти Гингивиты Пародонтиты Подкожные гранулёмы Воспалительные заболевания периодонта, челюстей и околочелюстных	1. Воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (ларингиты, тонзиллиты, бронхиты, пневмонии) 2. Воздействие микроорганизмов и их метаболитов, токсинов на пищеварение, функцию печени 3. Воздействие инфекции на сердечно-сосудистую систему. Возможное распространение инфекции по сосу-

тканей	<p>дам (ревматизм и пороки сердца, заболевания почек, на течение беременности, медиастенит, сепсис.</p> <p>4. Распространение в полость носа (синусит, отит - через евстахиеву трубу)</p> <p>5. Аллергические реакции</p> <p>6. Воздействие токсинов на ЦНС и общее самочувствие</p>
--------	--

Диагностика происходит от греческого «через» и «знания», означает, что только достаточные знания о компонентах заболевания, проявлениях симптомов могут обеспечить идентификацию и постановку диагноза. Выбор диагностических методов, их использование и понимание получаемой информации основаны на знании механизмов возникновения и последующего течения патологического процесса.

Основная цель сбора диагностических данных направлена на сохранение здоровья людей.

Использование методов диагностики в лечении заболеваний служит следующим задачам: установить соответствие тяжести заболевания и степени субъективных ощущений пациента, оценить объективные критерии заболевания и поставить диагноз; выявить и исключить факторы, которые могут способствовать прогрессированию болезни.

Недостаточное обследование больного и неправильный анализ полученных данных вместо ликвидации заболевания вызывают разрушение ЗЧС, несмотря на удовлетворительные или хорошие ближайшие результаты лечения.

Диагностика – это сложный и ответственный процесс в деятельности врача, необходимыми элементами которого являются аналитическая и синтетическая работа мысли, опирающаяся на данные по изучению больного. Для правильного проведения диагностического процесса необходимо знать и уметь применять на практике все методы исследований, фиксировать и правильно трактовать полученные при этом признаки, симптомы заболеваний, знать основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, классификацию этих заболеваний, владеть особенностями врачебного мышления.

Диагностические ошибки можно исключить только в том случае, когда общая клиническая подготовка современного врача-стоматолога способствует развитию клинического мышления, способность сопоставлять симптомы, наблюдаемые в полости рта, с общим состоянием организма и анализировать результаты инструментальных исследований. Диагностический процесс – это диалог врача с больным, который является ведущим и направляющим.

ПАМЯТКА ДЛЯ ВРАЧА

Так как БЕСЕДА - это и познавательный аспект, и психологическое воздействие, **СЛЕДОВАТЕЛЬНО**, не стоит обманывать ожидания больного, **но**:

Какой бы мрачный прогноз не виделся, врачу в итоге интервью необходимо помнить:	ИНАЧЕ:
Выражение лица врача всегда спокойное, взгляд уверенный.	Появление тревоги у больного.
Понятная доступная речь без употребления медицинских терминов.	Неясные моменты при общении, смущение больного.
Присутствие слов ободрения.	Напряженная обстановка.
Внушение оптимизма, который должен быть: 1) достаточно взвешенным; 2) сообразным имеющемуся у больного представлению о его заболевании.	1) может быть утрачено доверие к врачу; 2) спровоцировано негативное отношение к планируемым методам обследования и лечения
Акцент на обязательное избавление от частых и чрезмерно беспокоящих симптомов болезни (например, боли).	Утрата доверия к врачу и отрицательный результат лечения.
Максимальное позитивное освещение неясных моментов, подчеркивая, что заболевание: - является достаточно распространенным, поддающимся лечению.	
Совместное обсуждение хода лечения и его цель.	

В повседневной врачебной практике, врач может увидеть лишь внешние, иногда весьма скудные и трудно различимые проявления болезни. В других случаях проявления болезни оказываются множественными, картина заболевания становится неопределённой и врачу необходимо не только отличить болезненное состояние от здоровья, но и определить форму, тяжесть и стадию развития патологии. В профессиональной деятельности врача выбор адекватных средств и методов лечения является одной из неотъемлемых и обязательных компонентов.

Одним из важнейших аспектов лечебной деятельности является диагностика заболеваний.

Без установления природы и характера заболевания невозможно осуществление адекватного лечения, контроля и оценки его эффективности.

Целью диагностического исследования является выявление комплекса признаков (симптомов), специфически присущих, какому-либо известному заболеванию, чтобы в результате выделить из общей массы известных форм патологии ту, что следует идентифицировать как искомую для данного конкретного больного. Итогом такого диагностического исследования и анализа его результатов является клинический диагноз.

Диагноз представляет собой результат сложного процесса раскрытия сущности заболевания, отражения лежащих в основе заболевания патологических процессов и особенностей его течения в зависимости от локализации и вовлечённости в патогенетические цепочки причинно-следственных связей различных систем, органов и тканей больного.

Различают три вида диагноза - клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский. В учении о диагнозе выделяют два типа клинического диагноза - диагноз больного и диагноз болезни.

Диагноз больного даёт полную картину состояния больного с указанием этиологии и характеристику патогенетической последовательности всего комплекса функциональных и морфологических изменений и основных симптомов, определяющих клинику и морфологию заболевания. Он должен быть максимально полным, точным, нозологическим, основанным на международной номенклатуре и классификации. Клинический диагноз включает отражение видения патогенетических механизмов болезни, соотношение уровней организации живой системы, таких как участие систем управления и контроля (эндокринных органов, иммунной системы) и горизонтальных связей (межтканевых, межорганных, межсистемных) в формировании клинической, клинико-лабораторной и патологоанатомической (морфологической) картин каждого из конкретных случаев заболевания.

Диагноз болезни используется в практической и научной деятельности врачей. В целом он отвечает тем же требованиям, что и диагноз больного, но он конкретней и лаконичней диагноза больного, с акцентом на заболевание, заставившее пациента обратиться к врачу. Клинический диагноз следует начинать с ведущей нозологической единицы заболевания.

Клинический диагноз должен включать и учитывать информацию об общем состоянии больного.

Информация о соматических и системных заболеваниях необходима при составлении плана обследования и плана лечения для того, чтобы максимально решать вопросы взаимодействия в системе планируемых мероприятий с представителями смежных специальностей, помогает повысить точность прогноза заболевания, послужившим поводом для обращения к врачу.

Например, диагноз может выглядеть:

Хронический пародонтит генерализованный K05.30 Подвижность 1.3, 2.7, 3.6 зубов 1 степени. Индекс CPITN Код«3»- 2 секстанта. Обнажение фуркаций в области 2.6, 2.7 зубов 2 класс А по Tarnow – Fletcher. Мелкое преддверие полости рта на нижней челюсти. Низкое прикрепление уздечки верхней губы. Прикус смешанный. Тесное положение фронталь-

ных зубов верхней и нижней челюстей K07.30. Частичные дефекты зубных рядов- 3кл. Кеннеди K08.1 Множественные супраконтакты. K02.8 Множественный кариес зубов 2 и 5 классов по БЛЭК. Дефекты пломб в области 1.7, 1.3, 3.4, 3.6 зубов. Неудовлетворительное состояние гигиены полости рта: ГИ=2,2. Фон: гипертоническая болезнь II – В стадии.

7. Деонтологические аспекты на амбулаторном поликлиническом приёме врача-стоматолога

Особое значение на амбулаторном поликлиническом приеме следует придавать соблюдению деонтологических норм. Деонтология – это система взглядов, представления о долге и моральных основах работы и поведения врача. Вопросы взаимоотношений врач – медицинская сестра – больной постоянно находятся в центре внимания общественных интересов и исследований, проводимых в этой области. Нормальное взаимоотношение врача и больного должны сочетать четыре компонента: поддержка, понимание, уважение, сочувствие. От подхода врача к больному зависит успех лечения. Больной должен верить врачу. Это доверие складывается из многих факторов: поведение врача и персонала, состояние кабинета, оборудования, организация рабочего места, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима при проведении лечебных манипуляций и т.д. Вежливая, приветливая встреча, вызывающая у больного чувство, что его здесь ждут и ему рады, - лучший способ налаживания контакта. Мимика, выражение лица, жесты регистратора подтверждают уверенность больного в правильности выбора «своей клиники» и «своего лечащего врача». Основные принципы этики и деонтологии, которые необходимо соблюдать врачу стоматологу:

при обследовании и лечении не создавать дополнительной нагрузки на психику больного;

активно воздействовать на психику больного с целью устранения излишнего эмоционального напряжения;

больной хочет убедиться в высокой квалификации врача, умение врача донести до больного свой интеллект, стройность, ясность и конкретность клинического мышления, обоснованность и аргументированность метода лечения, стоимость лечения и гарантии;

зафиксировать у больного чувство безопасности и успеха лечения, особого отношения к нему не только на период лечения, но и на будущее;

врачи и больные в настоящее время находятся в совершенно новом правовом поле – устанавливаются договорные отношения, где определяются обязанности сторон;

законодательными актами РФ регламентируются взаимоотношения, где определяются обязанности сторон;

врач по согласованию с администрацией может отказаться от лечения больного при несоблюдении медицинских предписаний;

врач несет ответственность за недоброкачественное выполнение своих профессиональных обязанностей и разглашение врачебной тайны.

Важнейшими деонтологическими факторами в работе врача-стоматолога, влияющими на положительный исход лечения патологических состояний зубочелюстной системы, являются:

использование медикаментозных средств для снятия психоэмоционального напряжения;

исключение боли при одонтопрепарировании;

восстановления у больного эстетического и функционального оптимума;

мотивация пациента к сохранению не только здоровья органов полости рта, но и здоровья всего организма.

Медицинские работники должны взвешивать и контролировать каждое свое высказывание и обязательно учитывать впечатление, которое их беседа оказывает на больного. Необходимо напомнить слова М.Я. Мудрова о том, что во время обследования больной сам исследует медицинского работника.

Мотивация к сохранению здоровья и доверия к стоматологу основывается на определённых взаимоотношениях врача и пациента: стоматолог должен профессионально отвечать на вопросы пациента о влиянии здоровья на состояние полости рта. Выработать чувство сопричастности и общей ответственности разговора о здоровье, проявлять искреннее подчёркнутое внимание к его информации – наводящие и уточняющие вопросы, детализация и повторение сказанного. Во время беседы проявление уважения к личности пациента о его здоровье, должна быть у врача мимика соучастия, удивления, огорчения, беспокойства. Важно для врача адекватно реагировать на то, как воспринимает пациент его комментарии. При проявлении у пациента признаков ипохондрии, изменённой фиксации на своём здоровье необходимо подчеркнуть, что вы внимательно изучите информацию, и в процессе лечения будете уточнять всё то, что касается здоровья и самочувствия, в случае необходимости направите на консультацию к врачам-интернистам. В конце беседы о здоровье стоматологу необходимо демонстрировать свою ответственность за здоровье больного, показать индивидуальный подход и профессиональное мышление.

Во время амбулаторного стоматологического приёма наиболее часто встречаются в обращении с больными ошибки:

равнодушие, незаинтересованность (частая причина жалоб на врачей-стоматологов);

осуждение предыдущего стоматологического лечения, проведённого другим врачом;

дача «мудрых советов» больному (подайте жалобу на врача или обратитесь в судебные инстанции; предложите врачу вернуть деньги за некачественное лечение и т.д.);

грубость врача с больным (всё это пустяки) и псевдоласкательное обращение к больному (золотце, милочка, голубчик, дедушка, бабуля) унижают и оскорбляют больного.

Выполнение деонтологических принципов создаёт предпосылки для успешного обследования, лечения и эффективных контактов с больными.

8. Первичная документация на амбулаторном приёме врача-стоматолога

Получение достоверной информации, отражающей в полной мере состояние здоровья пациентов, доступность медицинской помощи, ее качество и другие вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи требуют знания правил ведения первичной медицинской документации. Врачи не всегда оценивают значимость этой проблемы и не фиксируют внимание на основных учетно-оперативных медицинских, юридических документах, используемых в работе.

Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

Медицинские документы являются важнейшей составной частью лечебно-диагностического процесса, обеспечивая при оказании медицинской помощи больным в амбулаторно-поликлинических условиях взаимодействие медицинских работников и мониторинг за состоянием здоровья пациентов. Только правильно оформленная первичная медицинская документация (в том числе медицинская карта) позволяет медицинскому персоналу принимать адекватные решения в конкретных клинических ситуациях.

Требования к оформлению медицинской карты амбулаторного больного:

заполнять титульный лист медицинской карты в соответствии с приказами Минздрава СССР от 31.12.1987 № 1338 и Минздравсоцразвития России от 22.11. 2004 № 225;

отражать жалобы больного, анамнез заболевания, результаты объективного обследования, клинический (верифицированный) диагноз, назначенные диагностические и лечебные мероприятия, необходимые консультации, а также всю информацию по наблюдению больного на догоспитальном этапе (профилактические медицинские осмотры, результаты диспансерного наблюдения, обращения на станцию скорой медицинской помощи и др.);

выявлять и фиксировать факторы риска, которые могут усугублять тяжесть течения заболевания и повлиять на его исход;

излагать объективную обоснованную информацию для обеспечения «защиты» медицинского персонала от возможности жалобы или судебного иска;

фиксировать дату каждой записи;

каждая запись должна быть подписана врачом (с расшифровкой ФИО);

оговаривать любые изменения, дополнения с указанием даты внесения изменений и подписью врача;

не допускать записей, не имеющих отношения к оказанию медицинской помощи данному пациенту;

записи в амбулаторной карте должны быть последовательными, логичными и продуманными;

своевременно направлять больного на заседание врачебной комиссии и медико-социальную экспертизу;

уделять особое внимание записям при оказании экстренной медицинской помощи и в сложных диагностических случаях;

обосновывать назначенное лечение льготной категории пациентов;

предусматривать для льготных категорий больных выписку рецептов в трех экземплярах (один вклеивается в амбулаторную карту). Медицинская карта амбулаторного больного состоит из листков долговременной информации (вклеиваются в начало карты) и листков оперативной информации.

В листках долговременной информации отражаются: паспортная часть, в листе сигнальных отметок – группа крови, резус-фактор, аллергические реакции, перенесенные инфекционные заболевания.

К листку долговременной информации относится лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов. Эти записи крайне необходимы для полноты и точности учета заболеваемости. Своевременная выписка всех диагнозов в лист заключительных диагнозов позволяет врачу легко и быстро получить сведения о прежних заболеваниях, перенесенных больным, что важно для оценки состояния его здоровья. Записи в листе заключительных диагнозов позволяют лечащему врачу решать также вопросы диспансерного наблюдения, специального лечения, необходимости в консультировании и т. д.

Впоследствии медицинская карта амбулаторного больного дополняется листками оперативной информации в порядке текущих событий. Лечащий врач в первичной медицинской документации фиксирует дату, а в некоторых случаях и час обращения в ЛПУ.

С учетом жалоб обратившегося, их детализации, анамнеза заболевания, данных объективного обследования врач устанавливает нозологическую модель пациента (приказ Минздрава России от 03.08.1999 № 303 «О введении в действие отраслевого стандарта «Протоколы ведения больных»). Модель учитывает стадию, фазу заболевания и возможные ослож-

нения. При постановке диагноза особое внимание следует уделять его обоснованности.

На амбулаторном приеме врача-стоматолога на каждого больного заполняется медицинская карта стоматологического больного (форма 043/у), в которой последовательно должны быть отражены субъективные и объективные методы обследования, план комплексного обследования больного, обоснование клинического диагноза, план лечения, алгоритм проводимого лечения, диспансеризация. В нее четко вносят также результаты лабораторных исследований больного. Следует напомнить, что медицинская карта стоматологического больного является обязательным официальным не только врачебным и юридическим документом, но и аттестатом врачебной зрелости, свидетельствующим об уровне клинического мышления и профессиональной компетентности врача. Она предназначена для непрерывной регистрации состояния больного и результатов лечения. Медицинская карта стоматологического больного как юридический документ в течение 5 лет после последнего посещения больного хранится в регистратуре, после чего сдается в архив.

		Код формы по ОКУД
		Код учреждения по ОКПО
Министерство здравоохранения РФ		Медицинская документация Форма № 0'43-У Утвержде- на Минздравом СССР 04.10.80 № 1030
Наименование учреждения		

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

№ ____ 200 г.

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____

Пол (м., ж.) _____

Адрес _____

Диагноз _____

Жалобы _____

Перенесенные и сопутствующие заболевания _____

Развитие настоящего заболевания _____

Данные объективного исследования, внешний осмотр _____

Осмотр полости рта. Состояние зубов																
Условные обозначения: отсутствие—																
О,																
корень—,																
Кариес—С, пульпит—Р, периодон- тит—Рт, пломбированный—П,	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
Парадонтоз—А, подвижность—1, II, III (степень), коронка—К, иск. зуб—И																

Прикус _____

Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и
неба _____

Данные рентгеновских лабораторных исследований _____

Медицинская карта стоматологического больного выполняет в кли-
нике следующие функции: является планом для тщательного обследования
больного; регистрирует данные анамнеза, обследования больного и лабо-

раторных исследований; отражает состояние органов и тканей полости рта. Регистрирует ход лечения и изменения, наступившие в состоянии больного; дает возможность для сравнения результатов обследований, проведенных в разное время; предоставляет сведения для научных исследований; является юридическим документом.

Согласно приказа № 145 от 23 марта 2011 года МЗиСР РФ «Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи», основными учетными медицинскими документами при оценке деятельности специалистов являются: учётная форма № 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», учётная форма № 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения», учётная форма № 025-12/у «Талон амбулаторного пациента».

7. Заключение

Обзор учебно-методической литературы позволил остановиться на вопросах, которые отражены в работе А.А. Лебедева, М.В. Гончаровой «Превентивная медицина – медицина XXI века» (2008 г.), где отмечено, что главный постулат медицины XX века - лечение болезней. Медицинская помощь оказывается после визита пациента к врачу, т.е. по потребности (обращаемости). «Патология должна сформироваться, чтобы её лечить. Лечение контролируется самим врачом, решения принимаются на основании персонального опыта, личных навыков и умений. Происходит постоянное увеличение затрат на лечение заболеваний и их осложнений.

Медицина XXI века – это медицина превентивная, сохраняющая и оберегающая здоровье человека. Превентивная медицина - медицина профилактическая, принципами которой является не пассивное ожидание болезни, а проведение предупреждающих и корректирующих мероприятий задолго до развития болезни, она ориентирована в первую очередь на поддержание здоровья, улучшение ее качества, на предотвращение процессов преждевременного старения организма (Приложение 1.) Превентивная медицина с целью тщательного «сканирования» рисков заболевания использует все известные методы диагностики, позволяет обнаружить болезнь до ее клинических проявлений и вовремя принять предупредительные меры. Превентивная медицина является врачебным искусством, которым не смогут овладеть все врачи, актуальным является разработка диагностических систем, что позволяет сделать диагностику доступной для многих врачей. Стране и обществу необходима новая медицинская научно-практическая школа для распространения системного клинического мышления.

Правила медицины XX и XXI века

Медицина XX века	Медицина XXI века Правила превентивной медицины
Главный постулат-лечение болезней	Главный постулат-сохранение и укрепление здоровья
Медицинская помощь оказывается после визита пациента к врачу, т.е. по потребности (обращаемости). «Патология должна сформироваться, чтобы её лечить»	Потребность в медицинской помощи предугадывается (просчитывается). Медицинское обслуживание основывается на постоянном наблюдении - динамическом мониторинге здоровья
Лечение контролируется самим врачом, решения принимаются на основании персонального опыта, личных навыков и умений	Пациент – главный контролёр (пациент имеет право привлекать независимых экспертов для контроля качества оказываемой медицинской помощи). Решения, принимаемые врачом о назначении лечения, открыты для пациента
Постоянное увеличение затрат на лечение заболеваний и их осложнений	Постоянное сокращение потерь, связанных с утратой здоровья (увеличение продолжительности жизни).
Монолог врача Врач - пациент	Диалог между врачом и пациентом Врач – пациент

Поэтому, данное пособие предназначено в помощь врачу для развития системного клинического мышления.

Для диагностического поиска синдромно-сходных заболеваний на врачебном приёме врача-стоматолога общей практики необходимы знания прикладной анатомии челюстно-лицевой области, которые позволяют обнаружить болезнь до ее клинических проявлений и вовремя принять предупредительные меры. В пособии отмечено, что в зубочелюстной системе чаще всего наблюдается сочетание различных заболеваний и их осложнений независимо от жалоб больного и клинических симптомов необходимо исследовать всю зубочелюстно-лицевую область и каждый ее орган, оценивать общее состояние организма, уточнять сопутствующие общесоматические заболевания, применяя так называемый методический тип диагностического исследования.

В диагностический поиск синдромно-сходных заболеваний включены такие направления, как острая и хроническая боль, парестезии, нарушение конфигурации лица, наличие морфологических элементов в виде схем ориентировочной основы действия. Появление язв, трещин, инфильтратов в области слизистой оболочки полости рта и языка – информативный признак как доброкачественных, так и злокачественных процессов. Важно, что авторы рекомендуют верифицировать диагноз непосредственно в день обращения – проводить цитологическую диагностику и по ее результатам выполнять соответствующую терапию.

Рассмотрены виды нарушений конфигурации лица, острые одонтогенные воспалительные заболевания, такие как острый периодонтит, острый гнойный периостит, флегмоны, аденофлегмоны, фурункулы, карбункулы. В диагностике одонтогенных флегмон отмечено 4 местных признака, встречающихся в различных комбинациях - наличие причинного зуба, выраженности разлитого воспалительного уплотнения (инфильтрата) и окружающего его отёка мягких тканей околочелюстной области, нарушение двигательной функции нижней челюсти от ограничения до невозможности открывать рот, признак болезненного глотания. Описанные отличительные признаки флегмон очень важны для врача-стоматолога на амбулаторном стоматологическом приёме.

В пособии отмечено, что наличие ряда симптомов является признаком различных заболеваний, что и отражено в схеме ориентировочной основы действий: «Методы обследования с целью диагностики заболеваний органов полости рта». В жалобах больного часто превалируют субъективно оцениваемые и наиболее важные с его точки зрения явления, которые, доминируя в физиологическом и психологическом восприятии, могут завуалировать другие сложные заболевания зубочелюстной системы, но протекающие без субъективных для больного ощущений. Важно помнить, что в зубочелюстной системе чаще всего имеется сочетание различных заболеваний и их осложнений.

Описаны все методы исследований (СООД, Приложение 2, 3, 4, 5), которые дают возможность при проведении диагностического процесса фиксировать и правильно интерпретировать данные обследования. Отмечены основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, их классификации, которые основаны на владении врачебного мышления на этапах обследования, особенно при анализе и синтезе полученных субъективных и объективных данных для установления этиологии заболевания, его патогенеза и, наконец, для постановки диагноза и определения метода лечения и врачебной тактики.

В пособии использованы схемы ориентировочной основы действия, такие как «Методы обследования с целью диагностики заболеваний слизистой полости рта, языка, губ», «Диагностические признаки глоссалгии, глоссодинии и глоссита». Схема ориентировочной основы действий по диагностике острых одонтогенных периоститов челюстей, по диагностике травматических повреждений челюстно-лицевой области, «Диагностические признаки флюороза, кариеса и гипоплазии в стадии пятна», «Диагностические признаки эрозивной формы флюороза». При описании математических индексов, применяемых на амбулаторном приёме врача-стоматолога, авторы пособия применяли методы доказательной медицины.

Систематизированы и отмечены клинические проявления деформаций зубных рядов и прикуса, где определяют число имеющихся зубов; наличие, топографию и протяженность дефектов в зубных рядах; наличие пломб и их состояние.

Не менее серьезными являются последствия отсутствия зубов для социального статуса пациентов: нарушения артикуляции и дикции сказываются на коммуникационных способностях пациента, эти нарушения, одновременно с изменениями внешности вследствие утраты зубов и развивающейся атрофии жевательных мышц, могут обусловить изменения психоэмоционального состояния, вплоть до нарушений психики.

Отсутствие зубов является также одной из причин развития специфических осложнений в челюстно-лицевой области, таких как дисфункции височно-нижнечелюстных суставов и соответствующего болевого синдрома.

Основная цель сбора диагностических данных направлена на сохранение здоровья людей.

Использование методов диагностики позволяет установить соответствие тяжести заболевания и степени субъективных ощущений пациента, оценить объективные критерии заболевания и поставить диагноз, выявить и исключить факторы, которые могут способствовать прогрессированию болезни.

Рассмотрены основные направления диагностики, необходимыми элементами которого являются анализ и синтез, опирающиеся на данные по изучению больного. Для правильного проведения диагностического процесса необходимо знать и уметь применять на практике все методы исследований, фиксировать и правильно трактовать полученные при этом признаки, симптомы заболеваний, знать основные и специфические признаки заболеваний зубочелюстной системы, классификацию этих заболеваний, владеть особенностями врачебного мышления.

Вопросы взаимоотношений врач – медицинская сестра – больной постоянно находятся в центре внимания общественных интересов и исследований, проводимых в этой области. Нормальное взаимоотношение врача и больного должны сочетать четыре компонента: поддержка, понимание, уважение, сочувствие. От подхода врача к больному зависит успех лечения. Больной должен верить врачу. Это доверие складывается из многих факторов: поведение врача и персонала, состояние кабинета, оборудования, организация рабочего места, соблюдение санитарно-эпидемиологического режима при проведении лечебных манипуляций и т.д. Вежливая, приветливая встреча, вызывающая у больного чувство, что его здесь ждут и ему рады, - лучший способ налаживания контакта. Мимика, выражение лица, жесты регистратора подтверждают уверенность больного в правильности выбора «своей клиники» и «своего лечащего врача».

Получение достоверной информации, отражающей в полной мере состояние здоровья пациентов, доступность медицинской помощи, ее качество и другие вопросы организации амбулаторно-поликлинической помощи требуют знания правил ведения первичной медицинской документации. Врачи не всегда оценивают значимость этой проблемы и не фиксируют внимания на основных учетно-оперативных медицинских, юридических документах, используемых в работе.

Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации результатов лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных, санитарно-гигиенических и других мероприятий. Она позволяет обобщать и анализировать данную информацию. Медицинская документация является учетной и отчетной, ее держателем выступают медицинские учреждения, следовательно, врачи медицинских учреждений несут ответственность за неправильное оформление соответствующих документов.

В заключительной части пособия (Приложение) «Синдромно-сходные заболевания органов полости рта» рассмотрены дополнительные методы обследования, интерпретация которых даёт возможность при проведении диагностического процесса фиксировать и правильно интерпретировать данные обследования.

Медицинская этика не позволяет оставлять пациента без помощи, если врач знает, что она ему (больному) необходима, чтобы использовать неизбежные негативные последствия в качестве основания для проведения лечения. В то же время со стороны пациента также некорректно допускать заболевания, чтобы потом осуждать результаты лечения или более того возлагать на врача ответственность за будущие расстройства.

Если врач только ставит диагноз, но не проводит лечение, то к его советам нужно относиться с большой осторожностью. Для подтверждения своей квалификации такие коллеги должны сами осуществлять назначенные ими мероприятия и на практике доказывать их эффективность.

Современный врач-стоматолог – это типичный *knowledge worker* (работник, вооружённый знаниями).

Он может способствовать достижению здоровья полости рта, улучшить эстетические характеристики зубов и лица. Однако он не может пообещать, тем более обеспечить достижение состояния полного телесного, психического и социального благополучия.

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

10.Европейские цели стоматологического здоровья к 2020 г. (ВОЗ 1999 г.)

Цель	Возраст	Критерии стоматологического здоровья
1.	6 лет	1.1. 80% и более будут здоровы (свободны от кариеса) 1.2. Средний - КП временных зубов не будет превышать 2,0
2.	12 лет	2.1. Средняя интенсивность кариеса постоянных зубов - КПУ не превысит 1,5, где компонент «К» будет < 0,5 2.2. Среднее количество секстантов (CP1TN) с кодом «0» будет не <5,5
3.	15 лет	3.1. Средняя интенсивность кариеса - КПУ не превысит 2,3, где компонент «К» будет < 0,5 3.2. Не будет удалённых зубов по поводу кариеса 3.3. Среднее количество секстантов (CP1TN) с кодом «0» будет не <5,0
4.	18 лет	4.1. Не будет удалённых зубов по поводу кариеса и болезней пародонта 4.2. Среднее количество секстантов (CP1TN) с кодом «0» будет не <4,0
5.	35-44 года	5.1. Не> 1% пациентов с полным отсутствием зубов 5.2. 90% пациентов сохраняет 20 и более зубов 5.3. Средний КПУ не более 10, из которых не более 4 будут удалены из-за болезни кариесом 5.4. Среднее количество секстантов (CP1TN) с кодом «0» будет 2 и более

6.	65-74 года	6.1. Не более 10% пациентов с полным отсутствием зубов 6.2. 90% пациентов будут иметь функционально полноценный прикус (естественный или восстановленный) 6.3. Среднее количество секстантов (CP1TN) с глубокими карманами не превысит 0,5 (код-4).
----	------------	---

ПРИЛОЖЕНИЕ 10.1

Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ – 10 МКБ – С. Третье издание. ВОЗ.1997

КЛАСС XI - БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Блок (K00-K14) - Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей. Болезни органов пищеварения

K00 Нарушение развития и прорезывания зубов

Исключены: ретенированные и импактные зубы (K01.-)

K00.0 Адентия

K00.00 Частичная адентия (гиподентия) (олигодентия)

K00.01 Полная адентия

K00.09 Адентия неуточненная

K00.01 Сверхкомплектные зубы

Включены: добавочные зубы

Исключены: импактные сверхкомплектные зубы (K01.18)

K00.10 Областей резца и клыка мезиодентия (срединный зуб)

K00.11 Области премоляров

K00.12 Области моляров, дистомолярный зуб, четвертый моляр, парамолярный зуб

K00.19 Сверхкомплектные зубы неуточненные

K00.02 Аномалии размеров и формы зубов

K00.20 Макродентия

K00.21 Микродентия

K00.22 Сращение

K00.23 Слияние [синодентия] и раздвоение [шизодентия]

K00.24 Выпячивание зубов [добавочные окклюзионные бугорки]

Исключена: бугорковая аномалия Карабелли, рассматриваемая как вариант нормы и подлежащая кодированию

K00.25 Инвагинированный зуб [«зуб в зубе»] [Дилатированная одонтома] аномалия резца, небная борозда (копьевидная конические резцы), лопатообразные резцы, Т-образные резцы

K00.26 Премоляризация

K00.27 Аномальные бугорки и эмалевые жемчужины (адамантома)

Исключены: выпячивание зубов (добавочные окклюзионные бугорки) (K00.24) бугорковая аномалия Карабелли, рассматриваемая как вариант нормы, неподлежащая кодированию

K00.28 (Бычий зуб) (тауродонтизм)

K00.29 Другие неуточненные аномалии размеров и форм зубов

K00.3 Крапчатые зубы

Исключены: отложения (наросы) на зубах (K03.6) зуб Тернера (K00.46)

K00.30 Эндемическая (флюорозная) крапчатость эмали (флюороз зубов)

K00.31 Неэндемическая крапчатость эмали (нефлюорозное помутнение эмали)

K00.39 Крапчатые зубы неуточненные

K00.4 Нарушения формирования зубов

Исключены: наследственные нарушения структуры зуба (K00.5) резцы Гетченсона (A50.51) крапчатые зубы (K00.3) моляры в виде тутовых ягод (A50.52)

K00.40 Гипоплазия эмали

K00.41 Пренатальная гипоплазия эмали

K00.42 Неонатальная гипоплазия эмали

K00.43 Аплазия и гипоплазия цемента

K00.44 Дилацерация (трещины эмали)

K00.45 Одонтодисплазия (региональная одонтодисплазия)

K00.46 Зуб Тернера

K00.48 Другие уточненные нарушения формирования зубов

K00.49 Нарушения формирования зубов неуточненное

K00.5. Наследственные нарушения структуры зуба, не классифицированные в других рубриках

K00.50 Незавершенный амелогенез

K00.51 Незавершенный дентиногенез, изменения в зубах при незавершенном остеогенезе (Q78.0)

Исключены: дисплазия дентина (K00.58) раковинные зубы (K00.58)

K00.52 Незавершенный одонтогенез

K00.58 Другие наследственные нарушения структуры зуба, дисплазия дентина раковинные зубы

K00.59 Наследственные нарушения структуры зуба неуточненные

K00.6 Нарушения прорезывания зубов

K00.60 Натальные (прорезавшиеся к моменту рождения) зубы

K00.61 Неонатальные (у новорожденного, прорезавшиеся преждевременно) зубы

K00.62 Преждевременное прорезывание (раннее прорезывание)

K00.63 Задержка (персистентная) смены первичных (временных) зубов

K00.64 Позднее прорезывание

K00.65 Преждевременное выпадение первичных (временных) зубов

Исключена: эксфолиация зубов (связанная с болезнью окружающих тканей) (K08.0X)

K00.68 Другие уточненные нарушения прорезывания зубов

К00.69 Нарушения прорезывания зубов неуточненные

К00.7 Синдром прорезывания зубов

К00.8 Другие нарушения развития зубов

Включена: выраженная окрашенность зубов БДУ

Исключены: изменения цвета зубов локального происхождения (K03.6, K03.7)

К00.80 Изменения цвета зубов в процессе формирования вследствие несовместимости групп крови

К00.81 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие врожденного порока биллиарной системы

К00.82 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие порфирии

К00.83 Изменение цвета зубов в процессе формирования вследствие применения тетрациклина

К00.88 Другие уточненные нарушения развития зубов

К00.9 Нарушение развития зубов неуточненные

К01 Ретенированные и импактные зубы

Исключены: Ретенированные и импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов (K07.3)

К01.0. Ретенированные зубы

Ретенированный зуб - это зуб, изменивший свое положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба

К01.1. Импактные зубы

Импактный зуб – это зуб, изменивший свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба.

К01.10 Резец верхней челюсти

К01.11 Резец нижней челюсти

К01.12 Клык верхней челюсти

К01.13 Клык нижней челюсти

К01.14 Премоляр верхней челюсти

К01.15 Премоляр нижней челюсти

К01.16 Моляр верхней челюсти

К01.17 Моляр нижней челюсти

К01.18 Сверхкомплектный зуб

К01.19 Импактный зуб неуточненный

К02 Кариес зубов

К02.0 Кариес эмали. Стадия «белого (мелового) пятна» (начальный кариес)

К02.1 Кариес дентина

К02.2 Кариес цемента

К02.3 Приостановившийся кариес зубов

К02.4 Одонтоклазия

Детская меланодентия

Меланодонтоклазия

Исключена: внутренняя и внешняя патологическая резорбция зубов (K03.3)

K02.8 Другой уточнённый кариес зубов

K02.9 Кариес зубов неуточнённый

K03 Другие болезни твердых тканей зубов

K03.0 Повышенное стирание зубов

K03.00 Окклюзионное

K03.01 Апроксимальное

K03.08 Другое уточненное стирание зубов

K03.08 Стирание зубов неуточненное

K03.1 Сошлифовывание (абразивный износ) зубов

K03.10 Вызванное зубным порошком. Клиновидный дефект БДУ

K03.11 Привычное

K03.12 Профессиональное

K03.13 Традиционное ритуальное

K03.18 Другое уточненное сошлифовывание зубов

K03.19 Сошлифовывание зубов неуточненное

K03.2 Эрозия зубов

K03.20 Профессиональная

K03.21 Обусловленная персистирующей регургитацией или рвотой

K03.22 Обусловленная диетой

K03.23 Обусловленная лекарствами и медикаментами

K03.24 Идиопатическая

K03.28 Другая уточненная эрозия зубов

K03.29 Эрозия зубов неуточненная

K03.3 Патологическая резорбция зубов

K03.30 Внешняя (наружная)

K03.31 Внутренняя (внутренняя гранулема) (розовое пятно)

K03.39 Патологическая резорбция зубов неуточненная

K03.4 Гиперцементоз

Исключен: гиперцементоз при болезни Педжета

K03.5 Анкилоз зубов

K03.6 Отложения (наросты) на зубах

Включено: окрашивание зубов БДУ

K03.60 Пигментированный налет черный, зеленый, оранжевый

K03.61 Обусловленные привычкой употреблять табак

K03.62 Обусловленные привычкой жевать бетель

K03.63 Другие обширные мягкие отложения белые отложения (material alba)

K03.64 Наддесневой зубной камень

K03.65 Поддесневой зубной камень

K03.66 Зубной налет

K03.68 Другие уточненные отложения на зубах K03.69 Отложение на зубах неуточненное

K03.7 Изменения цвета твердых тканей зубов после прорезывания

Исключены: отложения (наросты) на зубах (K03.6)

K03.70 Обусловленные наличием металлов и металлических соединений

К03.71 Обусловленные кровоточивостью пульпы

К03.72 Обусловленные привычкой жевать бетель табак

К03.78 Другие уточненные изменения цвета

К03.79 Изменение цвета неуточненное

К03.8 Другие уточненные болезни твердых тканей зубов

К03.80 Чувствительный дентин

К03.81 Изменения эмали, обусловленные облучением. При необходимости идентифицировать излучение, вызвавшее поражение, используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

К03.88 Другие уточненные болезни твердых тканей зубов

К03.9 Болезнь твердых тканей зубов неуточненная

К04 Болезни пульпы и периапикальных тканей

К04.0 Пульпит

К04.00 Начальный (гиперемия)

К04.01 Острый;

К04.02 Гнойный (пульпарный абсцесс);

К04.03 Хронический

К04.04 Хронический язвенный;

К04.05 Хронический гиперпластический;

К04.08 Другой уточненный пульпит;

К04.09 Пульпит неуточненный.

К04.1 Некроз пульпы. Гангрена пульпы

К04.2 Дегенерация пульпы

- дентикли;

- пульпарные кальцификации

- пульпарные камни

К04.3 Неправильное формирование твердых тканей в пульпе.

К04.3х Вторичный или иррегулярный дентин.

***Исключены:** пульпарные кальцификации (К04.2)*

Пульпарные камни (К04.2)

К04.4 Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения

Острый апикальный периодонтит

К04.5 Хронический апикальный периодонтит

Апикальная гранулёма

К04.6 Периапикальный абсцесс со свищом

***Включены:** дентальный, дентоальвеолярный абсцесс со свищём*

Периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения

К04.60 Имеющий сообщение (свищ) с верхнечелюстной пазухой

К04.61 Имеющий сообщение (свищ) с носовой полостью

К04.62 Имеющий сообщение (свищ) с полостью рта

К04.63 Имеющий сообщение (свищ) с кожей

К04.69 Периапикальный абсцесс со свищом неуточнённый

К04.7 Периапикальный абсцесс без свища

Дентальный абсцесс

Дентоальвеолярный абсцесс

Периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения

Периапикальный абсцесс без свища

K04.8 Корневая киста

Включена: киста:

апикальная (периодонтальная)

периапикальная

K04.80 Апикальная и боковая

K04.81 Остаточная

K04.82 Воспалительная парадентальная

Исключена: образовавшаяся в процессе формирования зубов боковая киста периодонтальная (K09.04)

K04.89 Корневая киста неутонченная

K04.9 Другие и неутонченные болезни пульпы и периапикальных тканей

K05 Гингивит и болезни пародонта

Включена: болезнь беззубого альвеолярного края

K05.0 Острый гингивит

Исключены: острый перикоронит (K05.22), острый некротизирующий язвенный (фузоспирохетозный) гингивит (гингивит Венсана) (A69.10), гингивостоматит, вызванный вирусом простого герпеса (B00.2X)

K05.00 Острый стрептококковый гингивостоматит

K05.00 Другой уточненный острый гингивит

K05.09 Острый гингивит неутонченный

K05.1 Хронический гингивит

K05.10 Простой маргинальный

K05.11 Гиперпластический

K05.12 Язвенный

Исключен: некротизирующий язвенный гингивит (A69.10)

K05.13 Десквамативный

K05.18 Другой уточненный хронический гингивит

K05.19 Хронический гингивит неутонченный

K05.2 Острый пародонтит

K05.20 Периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения без свища, периодонтальный абсцесс десневого происхождения, не связанный со свищом

Исключены: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4), острый периапикальный абсцесс пульпарного происхождения (K04.6, K04.7)

K05.21 Периодонтальный абсцесс (пародонтальный абсцесс) десневого происхождения со свищом

Исключены: острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения (K04.4), острый периапикальный абсцесс пульпарного происхождения (K04.6, K04.7)

K05.22 Острый перикоронит

K05.28 Другой уточненный острый пародонтит

К05.29 Острый пародонтит неуточненный

К05.3 Хронический пародонтит

К05.30 Локализованный

К05.31 Генерализованный

К05.32 Хронический перикоронит

К05.33 Утолщенный фолликул (гипертрофия сосочка)

К05.38 Другой уточненный хронический пародонтит

К05.39 Хронический пародонтит неуточненный

К05.4 Пародонтоз. Юношеский (ювенильный) пародонтоз

К05.5 Другие болезни пародонта

К06 Другие изменения десны и беззубого альвеолярного края

Исключены: атрофия беззубого альвеолярного края (K08.2), гингивит (K05.0, K05.1)

К06.0 Рецессия десны

Включены: Постинфекционная, постоперационная

К06.00 Локальная

К06.01 Генерализованная

К06.09 Рецессия десны неуточненная

К06.1 Гипертрофия десны

Включена: бугристость

К06.10 Фиброматоз десны

К06.18 Другая уточненная гипертрофия десны

К06.19 Гипертрофия десны неуточненная

К06.2 Поражения десны беззубого альвеолярного края, обусловленного травмой

К06.20 Обусловленная травматической окклюзией

К06.21 Обусловленная чисткой зубов щеткой

К06.22 Фрикционный (функциональный) кератоз

К06.23 Гиперплазия вследствие раздражения (гиперплазия, связанная с ношением съемного протеза)

К06.28 Другие уточненные поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой

К06.29 Неуточненные поражения десны и беззубого альвеолярного края, обусловленные травмой

К06.8 Другие уточненные изменения десны и беззубого альвеолярного края

К06.80 Киста десны взрослых

Исключена: киста десны новорожденных (K09.82)

К06.81 Гигантоклеточная периферическая гранулема (гигантоклеточный эпulis)

К06.82 Фиброзный эпulis

К06.83 Пиогенная гранулема

Исключена: пиогенная гранулема других локализаций, нежели десна или беззубый альвеолярный край (K13.40)

К06.84 Атрофия гребня частичная

К06.88 Другие изменения

К06.9 Изменения десны и беззубого альвеолярного края неуточненные

К07 Челюстно-лицевые аномалии (включая аномалии прикуса)

К07.0 Основные аномалии размеров челюстей

Исключены: акромегалия (E22.0), атрофия или гипертрофия половины лица (Q67.4), синдром Робина (Q87.0) односторонняя мышечковая гиперплазия (K10.81), односторонняя мышечковая гипоплазия (K10.82)

К07.00 Макрогнатия верхней челюсти (гиперплазия верхней челюсти)

К07.01 Макрогнатия нижней челюсти (гиперплазия нижней челюсти)

К07.02 Макрогнатия обеих челюстей

К07.03 Микрогнатия верхней челюсти (гипоплазия верхней челюсти)

К07.04 Микрогнатия нижней челюсти (гипоплазия нижней челюсти)

К07.05 Микрогнатия обеих челюстей

К07.08 Другие уточненные аномалии размеров челюстей

К07.09 Аномалия размеров челюстей неуточненная

К07.1 Аномалии челюстно-черепных соотношений

К07.10 Асимметрия

Исключены: атрофия половины лица (Q67.40) гипертрофия половины лица (Q67.41) односторонняя мышечковая гиперплазия (K10.81) односторонняя мышечковая гипоплазия (K10.82)

К07.11 Прогнатия нижней челюсти

К07.12 Прогнатия верхней челюсти

К07.13 Ретрогнатия нижней челюсти

К07.14 Ретрогнатия верхней челюсти

К07.18 Другие уточненные аномалии челюстно-черепных соотношений

К07.19 Аномалия челюстно-лицевых соотношений неуточненная

К07.2 Аномалии соотношений зубных дуг

К07.20 Дистальный прикус

К07.21 Мезиальный прикус

К07.22 Чрезмерно глубокий горизонтальный прикус (горизонтальное перекрытие)

К07.23 Чрезмерно глубокий вертикальный прикус (вертикальное перекрытие)

К07.24 Открытый прикус

К07.25 Перекрестный прикус (передний, задний)

К07.26 Смещение зубных дуг от средней линии

К07.27 Заднеязычный прикус нижних зубов

К07.28 Другие уточненные аномалии соотношений зубных дуг

К07.29 Аномалии соотношений зубных дуг неуточненные

К07.3 Аномалии положения зубов

К07.30 Скученность, черепацеобразное перекрытие

К07.31 Смещение

К07.32 Поворот

К07.33 Нарушение межзубных промежутков диастемы

К07.34 Транспозиция

К07.35 Ретенированные или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов

Исключены: ретенированные или импактные зубы с нормальным положением их или соседних зубов (K01.0, K01.1)

К07.38 Другие уточненные аномалии положения зубов

К07.39 Аномалии положения зубов неуточненные

К07.4 Аномалии прикуса неуточненные

К07.5 Челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

Исключен: бруксизм (скрежетание зубами) (F45.82)

К07.50 Неправильное смыкание челюстей

К07.51 Нарушение прикуса вследствие нарушения глотания

К07.54 Нарушение прикуса вследствие ротового дыхания

К07.55 Нарушение прикуса вследствие сосания языка, губ или пальца

К07.58 Другие уточненные челюстно-лицевые аномалии функционального происхождения

К07.59 Неуточненные

К07.6 Болезни височно-нижнечелюстного сустава

К07.60 Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (синдром Костена)

К07.61 «Щелкающая» челюсть

К07.62 Рецидивирующий вывих и подвывих височно-нижнечелюстного сустава

К07.63 Боль в височно-нижнечелюстном суставе, не классифицированная в других областях

К07.64 Тугоподвижность височно-нижнечелюстного сустава, не классифицированная в других рубриках

К07.65 Остеофит височно-нижнечелюстного сустава

К07.68 Другие уточнённые болезни височно-нижнечелюстного сустава

К07.69 Болезнь височно-нижнечелюстного сустава неуточнённая

К08 Другие изменения зубов и их опорного аппарата

К08.0 Эксфолиация зубов вследствие системных нарушений

Исключена: адентия (K00.0)

К08.0 Эксфолиация зубов (связанная с болезнью окружающих тканей, включая системные нарушения, например, при токсическом действии ртути (T56.1) или гипофосфатазии (E83.3))

Исключено: преждевременное выпадение первичных (временных) зубов (K00.65)

К08.1 Потеря зубов вследствие несчастного случая, удаления или локализованного пародонтита

Исключен: Вывих зуба (S03.2)

К08.2 Атрофия беззубого альвеолярного края

К08.3 Оставшийся корень зуба

К08.8 Другие уточненные изменения зубов и их опорного аппарата

К08.80 Зубная боль БДУ

К08.81 Неправильная форма альвеолярного отростка

К08.82 Гипертрофия альвеолярного края БДУ

К08.88 Другие изменения

К08.9 Изменения зубов и их опорного аппарата неуточненная

К09 Кисты области рта не классифицированные в других рубриках

Исключены: корневая киста (К04.8), мукоцеле слюнной железы (К11.6)

К09.0 Кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов

К09.00 Киста при прорезывании зубов

К09.01 Киста десны

К09.02 Роговая (первичная) киста

К09.03 Фолликулярная (одонтогенная) киста

К09.04 Боковая периодонтальная киста

К09.08 Другие уточненные одонтогенные кисты, образовавшиеся в процессе формирования зубов

К09.09 Одонтогенная киста, образовавшаяся в процессе формирования зубов неуточненная

К09.1 Ростовые (неодонтогенные) кисты области рта

Включены: «щелевые» кисты

К09.10 Глобуломаксиллярная (верхнечелюстной пазухи) киста

К09.11 Средненебная киста

К09.12 Носонебная (резцового канала) киста

К09.13 Небная сосочковая киста

К09.18 Другие уточненные ростовые кисты области рта

К09.19 Ростовая киста области рта неуточненная

К09.2 Другие кисты челюстей

Исключены: скрытая костная киста челюсти (К10.02), киста Стафне (К10.02)

К09.20 Аневризматическая костная киста

К09.21 Единичная костная (травматическая) (гемморагическая) киста

К09.22 Эпителиальные кисты челюсти, неидентифицированные одонтогенные или неодонтогенные

К09.28 Другие уточненные кисты челюсти

К09.29 Киста челюсти неуточненная

К09.8 Другие уточненные кисты области рта, не классифицированные в других рубриках

К09.80 Дермоидная киста

К09.81 Эпидермоидная киста

К09.82 Киста десны новорожденных

Исключена: киста десны у взрослых (К06.80)

К09.83 Киста неба новорожденных жемчужина Эпштейна

К09.84 Носоальвеолярная (носогубная) киста

К09.85 Лимфоэпителиальная киста

К09.88 Другие уточненные кисты области рта

К09.9 Киста области рта неуточненная

К10 Другие болезни челюстей

К10.0 Нарушения развития челюстей

K10.00 Торус нижней челюсти

K10.01 Торус твердого неба

K10.02 Скрытая костная киста

дефект развития кости в нижней челюсти

киста Стафне

статическая костная киста

K10.08 Другие уточненные нарушения развития челюстей

K10.09 Нарушение развития челюстей неуточненное

K10.1 Гигантоклеточная гранулема центральная

Гигантоклеточная гранулема БДУ

Исключена: периферическая гигантоклеточная гранулема (K06.81)

K10.2 Воспалительные заболевания челюстей

При необходимости идентифицировать излучение, вызвавшее поражение, используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

K 10.20 Остеит челюсти

Исключены: альвеолярный остеит (K10.3) сухая лунка (K10.3)

K10.21 Остеомиелит челюсти

Исключен неонатальный остеомиелит верхней челюсти [неонатальный максиллит] (K10.24)

K10.22 Периостит челюсти

K10.23 Хронический периостит челюсти

гиалиновая микроангиопатия пульсирующая гранулема

K10.24 Неонатальный остеомиелит верхней челюсти

[неонатальный максиллит]

K10.25 Секвестр

K10.26 Радиационный остеонекроз

K10.28 Другие уточненные воспалительные заболевания челюстей

K10.29 Воспалительное заболевание челюстей неуточненное

K10.3 Альвеолит челюстей

K10.3 Альвеолярный остеит

K10.3 Сухая лунка

K10.8 Другие уточненные болезни челюстей

Исключена: полиостозная фиброзная дисплазия (Q78.1)

K10.80 Херувизм1

K10.81 Односторонняя гиперплазия мышечного отростка нижней челюсти

K10.82 Односторонняя гиперплазия мышечного отростка нижней челюсти

K10.83 Фиброзная дисплазия челюсти

K10.88 Другие уточненные болезни челюстей

экзостоз челюсти

K10.9 Болезнь челюстей неуточненная

K11 Болезни слюнных желез

Исключены: опухоли слюнных желез (C07.—, C08.—, D10.—, D11.—)

K11.0 Атрофия слюнной железы

K11.1 Гипертрофия слюнной железы

K11.2 Сиалоаденит

Исключены: эпидемический паротит (B26.-) увеопаротидная лихорадка [болезнь Герфорта] (D86.8)

K11.3 Абсцесс слюнной железы

K11.4 Свищ слюнной железы

Исключен: врожденный свищ слюнной железы (Q38.43)

K11.5 Сиалолитиаз

Камни в слюнном протоке

K11.6 Мукоцеле слюнной железы

Ранула

K11.60 Слизистая ретенционная киста

K11.61 Слизистая киста с экссудатом

K11.69 Мукоцеле слюнной железы неуточненное

K11.7 Нарушения секреции слюнных желез

Исключены: сухость полости рта БДУ (R68.2)

синдром сухости [синдром Шегрена] (M35.0)

K11.70 Гипосекреция

K11.71 Ксеростомия

K11.72 Гиперсекреция [птиализм]

K11.78 Другие уточненные нарушения секреции слюнных желез

K11.79 Нарушение секреции слюнных желез неуточненное

K11.8 Другие болезни слюнных желез

Исключен: синдром сухости [синдром Шегрена] (M35.0)

K11.80 Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы

K11.81 Болезнь Микулича

K11.82 Стеноз [сужение] слюнного протока

K11.83 Сиалэктазия

K11.84 Сиалоз

K11.85 Некротизирующая сиалометаплазия

K11.88 Другие уточненные болезни слюнных желез

K11.9 Болезнь слюнной железы неуточненная

Сиалоаденопатия БДУ

K12 Стоматит и родственные поражения

Исключена: очаговая эпителиальная гиперплазия (B07.X2)

- герпетическая ангина (B08.5X)

- гнойный вегетирующий стоматит (L08.0X)

стоматит:

- острый гангренозный (A69.0)

- аллергический (L23.0)

- кандидозный (B37.0)

- контактный (K12.14)

- вызванный вирусом Коксаки, БДУ (B34.1)

- эпизоотический ящур (B08.8)

- фузоспирохетозный (A69.0)
- медикаментозный (T36—T50)
- микотический (B37.0)
- никотиновый (K13.24)
- везикулярный с экзантемой (B08.4)
- стрептококковый гингивостоматит (K05.00)
- болезнь, вызванная вирусом везикулярного стоматита [лихорадка Индияны] (A93.8X)

K12.0 Рецидивирующие афты полости рта

K12.00 Рецидивирующие (малые) афты

афтозный стоматит

язвенное поражение [Canker sore]

афты Микулича

малые афты

рецидивирующие афтозные язвы

K12.01 Рецидивирующий слизисто-некротический периаденит

рубцующийся афтозный стоматит

большие афты

афты Саттона

K12.02 Герпетиформный стоматит [герпетиформная сыпь]

Исключены: герпетиформный дерматит (L13.0X)

герпетический гингивостоматит (B00.2X)

K12.03 Афты Беднара

K12.04 Травматическое изъязвление

Исключено: травматическое изъязвление языка (K14.01)

изъязвление языка БДУ (K14.09)

K12.08 Другие уточненные рецидивирующие афты полости рта

K12.09 Рецидивирующие афты полости рта неуточненные

K12.1 Другие формы стоматита

K12.10 Стоматит артефициальный

K12.11 "Географический" стоматит

Исключен: "географический" язык (КИЛ)

K12.12 Стоматит, связанный с ношением зубного протеза

Исключены: кандидозный стоматит, связанный с ношением зубного протеза (B37.03), травматическое изъязвление, связанное с ношением зубного протеза (K12.04)

K12.13 Папиллярная гиперплазия неба

K12.14 Контактный стоматит

стоматит "ватного валика"

K12.18 Другие уточненные формы стоматита

K12.19 Стоматит неуточненный

K12.2 Флегмона и абсцесс области рта

Флегмона

Абсцесс подчелюстной области

Исключены: абсцесс:

- периапикальный (K04.6—K04.7)
- периодонтальный (K05.21)
- перитонзиллярный (J36)
- слюнной железы (K11.3)
- языка (K14.00)

K13 Другие болезни губ и слизистой оболочки полости

Включены: изменения эпителия языка

Исключены: некоторые изменения десны и беззубого альвеолярного края (K05—K06), кисты области рта (K09.-), болезни языка (K14.—), стоматит и родственные поражения (K12.—)

K 13.0 Болезни губ

Исключены: актинический хейлит(L56/8X) арибофлавиноз (E53.0)

K13.00 Ангулярный хейлит, ангулярный хейлоз, трещина спайки губ (заеда) НКДР

Исключена: трещина спайки губ (заеда) в следствие:

- кандидоза
- недостаточности рибофлавина (E53.0)

K13.01 Хейлит glandулярный апостематозный

K13.02 Хейлит эксфолиативный

K13.03 Хейлит БДУ

K13.04 Хейлодиния

K13.08 Другие уточненные болезни губ

K13.09 Болезнь губ неуточненная

K13.1 Прикусывание щеки и губ

K13.22 Лейкоплакия и другие изменения эпителия полости рта, включая язык

2 Поражения (такие, как лейкоплакия, эритроплакия) без указания на тяжелую дисплазию представлены в данном разделе; при этом можно использовать следующие шестизначные подрубрики:

0 — без выявления дисплазии (или степень 0)

1 — незначительная (легкая) дисплазия (или степень 1)

Исключены: кандидозная лейкоплакия (B37.02)

очаговая эпителиальная гиперплазия (B07.X2)

фрикционный кератоз (K06.22)

функциональный кератоз (K06.22)

волосатая лейкоплакия (K13.3)

K13.20 Лейкоплакия идиопатическая

K13.21 Лейкоплакия, связанная с употреблением табака

Исключены: никотиновый лейкокератоз неба (K13.24)

небо курильщика (K13.24)

K13.22 Эритроплакия

K13.23 Лейкедема

K13.24 Небо курильщика [никотиновый лейкокератоз неба] [никотиновый стоматит]

K13.28 Другие изменения эпителия

K13.29 Неуточненные изменения эпителия
лейкоплакия БДУ

K13.3 Волосатая лейкоплакия

K13.4 Гранулема и гранулемоподобные поражения слизистой оболочки полости рта

K13.40 Пиогенная гранулема

Исключена: пиогенная гранулема десны (K06.83)

K13.41 Эозинофильная гранулема слизистой оболочки полости рта

Исключены: эозинофильная гранулема кости (D76.00)
гистиоцитоз X (D76.—)

K13.42 Веррукозная ксантома [гистиоцитоз Y]

K13.48 Другие уточненные гранулемы и гранулемоподобные поражения слизистой оболочки полости рта

K13.49 Гранулема и гранулемоподобные поражения слизистой оболочки полости рта неуточненные

K13.5 Подслизистый фиброз полости рта

K13.6 Гиперплазия слизистой оболочки полости рта вследствие раздражения

Исключена: гиперплазия беззубого альвеолярного края вследствие раздражения [гиперплазия, связанная с ношением съемного протеза] (K06.23)

K13.7 Другие и неуточненные поражения слизистой оболочки полости рта

K13.70 Избыточная меланиновая пигментация

- меланоплакия
- меланоз курильщика

K13.71 Свищ полости рта

Исключен: ороантральный свищ (T81.8)

K13.72 Добровольная татуировка

Исключена: амальгамовая пигментация (T81.50)

K13.73 Очаговый муциноз полости рта

K13.78 Другие уточненные поражения слизистой оболочки полости рта
белая линия

K13.79 Поражение слизистой оболочки полости рта неуточненное

K14 Болезни языка

Исключены: эритроплакия языка (K13.22)

- очаговая эпителиальная гиперплазия (B07.X2)
- волосатая лейкоплакия (K13.3)
- лейкодема и лейкоплакия языка (K13.2)
- макроглоссия (врожденная) (Q38.2X)
- подслизистый фиброз языка (K13.5)

K14.0 Глоссит

Исключен: атрофический глоссит (K14.42)

K14.00 Абсцесс языка

K14.01 Травматическое изъязвление языка

K14.08 Другие уточненные глосситы

K14.09 Глоссит неуточненный изъязвление языка БДУ

K14.1 "Географический" язык

- Доброкачественный мигрирующий глоссит
- Эксфолиативный глоссит

K14.2 Срединный ромбовидный глоссит

K14.3 Гипертрофия сосочков языка

K14.30 Обложенный язык

K14.31 "Волосатый" язык

- черный "волосатый" язык
- черный "ворсинчатый" язык [lingua villosa nigra]

Исключены: волосатая лейкоплакия (K13.3)

"волосатый" язык вследствие приема антибиотиков (K14.38)

K14.32 Гипертрофия листовидных сосочков

K14.38 Другая уточненная гипертрофия сосочков языка

"волосатый" язык вследствие приема антибиотиков

K14.39 Гипертрофия сосочков языка неуточненная

K14.4 Атрофия сосочков языка

K14.40 Вызванная привычками очищать язык

K14.41 Вызванная системным нарушением

K14.42 Атрофический глоссит БДУ

K14.48 Другая уточненная атрофия сосочков языка

K14.49 Атрофия сосочков языка неуточненная

K14.5 Складчатый язык

- Морщинистый язык
- Бороздчатый язык
- Расщепленный язык

Исключен: расщепленный язык врожденный (Q38.33)

K14.6 Глоссодиния

Исключены: нарушения вкусовой чувствительности (R43.-)

K14.60 Глоссопироз [жжение в языке]

K14.61 Глоссодиния [боль в языке]

K14.68 Другая уточненная глоссодиния

K14.69 Глоссодиния неуточненная

K14.8 Другие болезни языка

K14.80 Зубчатый язык [язык с отпечатками зубов]

K14.81 Гипертрофия языка

гемигипертрофия языка

Исключена: макроглоссия (врожденная) (Q38.2X)

K14.82 Атрофия языка

гемиатрофия языка

Исключена: атрофия сосочков языка (K14.4)

K14.88 Другие уточненные болезни языка

болезни язычной миндалины

K14.9 Болезнь языка неуточненная

Неинфекционный энтерит и колит

K50 Болезнь Крона [регионарный энтерит]

K50.8X Проявления в полости рта

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Инфекционные артропатии

M00 Пиогенный артрит

M00.vx Височно–нижнечелюстного сустава

M02 Реактивные артропатии

M02.3 Болезнь Рейтера

M02.3x Височно-нижнечелюстного сустава

Воспалительные полиартропатии

M05 Серопозитивный ревматоидный артрит

Включён: синдром Фелти

M05.vx Височно-нижнечелюстного сустава

M06 Другие ревматоидные артриты

M06.vx Височно-нижнечелюстного сустава

M08 Юношеский [ювенильный] артрит

Включена: болезнь Стилла

M08.vx Височно-нижнечелюстного сустава

M12 Другие специфические артропатии

12.2 Ворсинчато-узелковый [виллонодулярный] синовит (пигментный)

M12.2x Височно-нижнечелюстного сустава

M12.5 Травматическая артропатия

M12.5x Височно-нижнечелюстного сустава

M13 Другие артриты

M13.9 Артрит неуточнённый

M13.9x Височно-нижнечелюстного сустава

АРТРОЗЫ

M15 Полиартроз

M15.vx Височно-нижнечелюстного сустава

M19 Другие артрозы

Включены: остеоартрит, остеоартроз

M19.0 Первичный артроз других суставов

M19.0X Височно-нижнечелюстного сустава

Травмы головы

Включены: травмы:

Уха

Глаза

Лица (любая часть)

Десны (десны, альвеолярного гребня)

Челюсти

Области височно-нижнечелюстного сустава

Полости рта

Нёба

Окологлазничной части

Волосистой части головы

Языка

Зуба

S00.5 Поверхностная травма губы и полости рта

S00.50 Поверхностная травма внутренней поверхности щеки

S00.51 Поверхностная травма других областей рта (включая язык)

S00.52 Поверхностная травма губы

S00.59 Поверхностная травма губы и полости рта неуточнённая

S01.4 Открытая рана губы и полости рта

Исключены: открытая рана щеки(S01.40)

Вывих зуба(S03.2)

Перелом зуба(S02.5)

S01.50 Открытая рана рта (включая язык)

S01.51 Открытая рана губы

S01.59 Открытая рана губы и полости рта неуточнённая

S02.4 Перелом скуловой кости и верхней челюсти

S02.40 Перелом альвеолярного отростка верхней челюсти

S02.41 Перелом скуловой кости (дуги)

S02.42 Перелом верхней челюсти

S02.47 Множественные переломы скуловой кости и верхней челюсти

S02.5Перелом зуба

Включён: *первичных (молочных) и постоянных зубов*

S02.50 Перелом только эмали зуба, откол эмали

S02.51 Перелом коронки зуба без повреждения пульпы

S02.52 Перелом коронки зуба с повреждением пульпы

S02.53 Перелом корня зуба

S02.54 52 Перелом коронки и корня зуба

S02.57 Множественные переломы зубов

S02.59 Перелом зуба неуточнённый

S02.6 Перелом нижней челюсти

S02.60 Перелом альвеолярного отростка

S02.61 Перелом тела челюсти

S02.62 Перелом мышечкового отростка

S02.63 Перелом венечного отростка

S02.64 Перелом ветви

S02.65 Перелом симфиза

S02.66 Перелом угла

S02.67 Множественные переломы нижней челюсти

S02.69 Перелом нижней челюсти неуточнённой локализации

S03 Вывих, растяжение и перенапряжение суставов и связок головы

S03.0 Вывих челюсти

Исключён: текущий случай вывиха височно-нижнечелюстного сустава (K07.62)

03.2 Вывих зуба

03.20 Люксация зуба

03.21 Интрузия или экструзия зуба

03.22 Вывих зуба (экзартикуляция)

04 Травма черепных нервов

04.3 Травма тройничного нерва

5-го черепного нерва

04.5 Травма лицевого нерва

7-го черепного нерва

04.8 Травма других черепных нервов

04.80 Травма языкоглоточного нерва (9-го черепного нерва)

04.81 Травма подъязычного нерва (12-го черепного нерва)

Последствия проникновения инородного тела через естественные отверстия

T18.0 Инородное тело во рту

Термические и химические ожоги наружных поверхностей тела, уточнённые по их локализации

T28.0 Термический ожог рта и глотки

T28.5 Химический ожог рта и глотки

Отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами

T49 Отравления препаратами местного действия, влияющими преимущественно на кожу и слизистые оболочки, и средствами, используемыми в офтальмологической, отоларингологической и стоматологической практике

T49.7 Стоматологическими препаратами, применяемыми местно

Токсическое действие веществ, преимущественно немедицинского назначения

T57 Токсическое действие других неорганических веществ

T57.0 Мышьяка и его соединений

Внешние причины заболеваемости и смертности

Преднамеренное самоповреждение

X62 Преднамеренное самоотравление и воздействие наркотиками и психодислептиками (галлюциногенами), не классифицированные в других рубриках

X62.VX Кокаином, проявление в полости рта

X77 Преднамеренное самоповреждение паром, горячими испарениями и горячими предметами

X11.VX Проявления в полости рта

Осложнения терапевтических и хирургических вмешательств

Лекарственные средства, медикаменты и биологические вещества, являющиеся причиной неблагоприятных реакций при терапевтическом лечении

(Y40,Y41, Y42, Y43, Y45, Y46,Y48, Y49,Y52,Y56) проявления в полости рта

Приложение 10.2. Рентгенодиагностика заболеваний органов полости рта

1. Интерпретация ортопантограмм, томограмм, сиалогграфии, пантомографии, прицельный Rg- снимок.

При обследовании обращают внимание на:

- 1) пороки развития твердых тканей зуба
- 2) оценку коронковой части; коронка соответствует (указать анатомическое название зуба)
 - интактна
 - покрыта искусственной коронкой
 - реставрирована
 - имеется кариозная полость на (указать поверхность), (не) сообщающаяся с полостью зуба
 - разрушена на 1/3;1/2;2/3; до уровня десны; ниже уровня десны
- 3) полость зуба
 - повторяет контуры коронки
 - уменьшена: сужена в области (указать), за счет заместительного дентина
 - имеется дентикль (свободный или пристеночный), какой объем полости занимает
 - в полости зуба пломбировочный материал
 - в полости зуба головка штифта
 - в полости зуба перфорация в области: а) дна; б) боковой стенки; на каком уровне
- 4) соотношение коронки к корню зуба
- 5) корень зуба
 - количество (если более одного, то каждый описать отдельно)
 - степень сформированности, резорбции. Форма: а) прямой, б) изогнутый (в какой части корня: верхняя, средняя, коронковая и в каком направлении)
 - линия перелома: а) в какой части корня: верхняя, средняя, коронковая; б) направление перелома

- перфорация: в какой части корня (верхняя, средняя, коронковая)
- б) корневой канал
 - на каком протяжении просматривается
 - ширина
 - искривление: в какой части
 - при наличии пломбировочного материала: а) протяженность пломбирования (на 1/3; 1/2; 2/3 полностью до верхушки; выведен за верхушку); б) плотность пломбирования (гомогенно; негомогенно (указать, в какой части инородное тело):
 - а) инструмент (в какой части); б) штифт; периодонта и кортикальной пластинки на каком протяжении просматривается)
 - изменение размера периодонтальной щели (расширена, облитерирована)
 - разрушение кортикальной пластинки (участок)
- 7) форма корня и расстояние между ними
 - состояние периодонта и кортикальной пластинки
 - изменение размера периодонтальной щели (расширена, облитерирована)
 - разрушение кортикальной пластинки (участок)
- 8) резорбция корней
- 9) наличие зубного камня
- 10) близость синуса
- 11) изменение альвеолярной кости: структура межальвеолярных перегородок, их форма и высота, тип резорбции, наличие костных карманов и кратеров, вовлечение фуркаций, присутствие кортикального слоя, степень минерализации губчатого вещества
- 12) костная ткань альвеолярных отростков челюстей
 - не изменена
 - очаги: а) деструкции; б) остеопороза; в) остеосклероза
 - указать расположение по отношению к частям корня контуры: а) четкие (форма, размер контуров); б) нечеткие
- 13) межальвеолярные перегородки
 - высота по отношению к шейке зуба (на уровне; 1/3; 1/2; >1/2)
 - форма (треугольная, овальная, трапециевидная, прямоугольная)
 - кортикальная пластинка (просматривается на всем протяжении; не просматривается; склерозирована)
 - изменение костной ткани: остеопороза (расположение, размеры очага); резорбция (вертикальная, горизонтальная; остеосклероз (расположение, размеры очага))
- 14) состояние максимальных контактов.
- 15) качество эндодонтического лечения
- 16) отношение корней зубов к верхнечелюстной пазухе
 - 1 гр.- дно пазухи небный корень – 17, 16, 27, 24, 25, 14, 15
 - 2 гр. – 0-1,9 мм небный корень – 17, 16, 26, 24, 25, 14, 15

3 гр. – 2-3 мм

4 гр. – 4-7 мм - щечные корни премоляров

5 гр.- 7 мм - щечные корни премоляров и моляров.

Ортопантомограмма

Периодонтит — воспаление тканей периодонта. **Гранулирующий периодонтит** представляет собой активную форму воспаления, характеризующуюся частыми обострениями. При гранулирующем периодонтите на внутриротовых рентгенограммах (независимо от степени обострения) в кости у верхушки корня зуба различают участок резорбции костной ткани с неровными и нечеткими контурами. Иногда обнаруживается частичная резорбция корня зуба. Деструкция костной ткани может распространяться на альвеолы соседних зубов. Периодонтит многокорневых зубов приводит к резорбции межкорневой костной перегородки. При этом на рентгенограммах корни зубов видны на фоне участка остеолиза костной ткани без четких границ. Хронический периодонтит центральных резцов нижней челюсти, особенно посттравматический, сопровождается разрежением кости вокруг их корней и по размерам и форме напоминает околокорневую кисту. Окончательный диагноз устанавливается после проведенного патогистологического исследования удаленных тканей.

Гранулематозный периодонтит (гранулема) длительное время протекает бессимптомно. На внутриротовых рентгеновских снимках у верхушки корня зуба обнаруживается очаг деструкции округлой формы с четкими ровными контурами. Верхушки корней зубов, обращенных в гранулему, нередко резорбированы. Различают следующие виды гранулем: межкорневые, апикальные (верхушечные), апиколатеральные и латеральные (боковые).

Фиброзный периодонтит по существу является исходом в рубец острого воспалительного процесса. На рентгенограмме периодонтальная щель у пораженного зуба на большом протяжении расширена, местами суживается. Если периодонтит в результате воспаления подвергся оссификации, периодонтальная щель на рентгенограмме отсутствует.

Периостит. Обострение хронического периодонтита приводит к возникновению острого периостита челюстей. По рентгенологическим признакам острый периостит неотличим от периодонтита, а при хроническом течении может давать рентгенологические изменения. На нижней челюсти возникает муфтообразное плотное малоболезненное утолщение. Поверхность ее гладкая, границы нечеткие. На рентгенограммах вприкус обнаруживается мягкотканная тень инфильтрированной надкостницы. Хронический оссифицирующий периостит выявляется по наружной поверхности нижней челюсти в виде линейной тени или полусферического костного образования, уступающего по интенсивности структуре кортикального вещества челюсти. Рентгенологически характеризуется очагом остеопороза костной ткани с довольно четкими границами, что напоминает радикулярную кисту, но в отличие от нее периодонтальная щель зубов, расположенных в зоне поражения, не изменена.

Одонтогенный остеомиелит. Явления деструкции отчетливо не выражены при остром одонтогенном остеомиелите, поэтому рентгенологически острый одонтогенный остеомиелит челюсти отличить от периостита невозможно. Некроз кости наступает на 3–4-е сутки, первые признаки поражения костной ткани на рентгенограммах можно обнаружить только к концу 2–3-й недели. Появляются очаги остеолиза и некроза. В подострую фазу постепенно вокруг них возникает зона склеротического отграничения, отчетливее выраженная в нижней челюсти. В верхней челюсти спустя 5–6 недель, а в нижней – 6–7 недель рентгенологически отчетливо определяются полости, содержащие костные секвестры. Края секвестров неровные, зазубренные. Между ними и жизнеспособной костной тканью выявляется зона просветления, обусловленная гноем и грануляциями. В хроническую фазу по мере развития склероза формируются секвестральные полости. Вокруг них на нижней челюсти, в результате поднадкостничного костеобразования, формируется секвестральная капсула, отчетливо различимая на рентгенограмме. На верхней челюсти секвестральная капсула не образуется. Регенерация кости выражена значительно слабее, чем на нижней челюсти.

Хронический одонтогенный остеомиелит после удаления отторгнувшихся секвестров завершается репаративными процессами. После секвестрэктомии рентгенологический контроль необходим для определения эффективности хирургического лечения и выявления регенерации кости.

Посттравматический остеомиелит. Ранние признаки посттравматического остеомиелита могут быть обнаружены через 8–10 дней от начала клинического проявления (Н.А. Рабухина, 1974). Первый симптом, который настораживает врача хирурга-стоматолога – это отсутствие тенденции к сужению линии перелома и даже, напротив, увеличение ее. Контуры костных фрагментов становятся неровными и приобретают нечеткость границ. При прогрессировании процесса в краевых отделах отломков появляются очаги разрушения костной ткани, которые вначале имеют вид зон пятнистого остеопороза, а затем сливаются и превращаются в участки де-

струкции. Характерным рентгенологическим симптомом секвестра является выраженная интенсивность тени по сравнению с плотностью здоровой кости челюсти.

Клинико-рентгенологический анализ при посттравматическом остеомиелите нижней челюсти позволил различать ограниченные и диффузные гнойно-деструктивные процессы в кости без консолидации и при консолидации отломков.

Ввиду своеобразия строения нижней челюсти, по мнению Н.А. Рабухиной (1974), при посттравматическом остеомиелите в кости чаще образуются губчатые секвестры, а кортикальные бывают лишь при некротизации участка кости вблизи основания челюсти или компактной стенки лунки.

Перикоронит. На рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции зуб мудрости выявляется в неправильном положении по отношению к нижней челюсти и другим зубам. Он может быть наклонен коронкой вперед (упирается в зуб, стоящий впереди) или назад (упирается в передний край ветви нижней челюсти). При строго вертикальном положении зуб находится в инклюзии. При повторных обострениях на рентгеновском снимке в боковой проекции можно обнаружить резорбцию костной ткани между вторым и третьим молярами или позади коронки зуба мудрости в переднем крае ветви нижней челюсти.

По мнению Harniseh (1961) расширение перикоронарного пространства с дистальной стороны коронки зуба мудрости до 2 мм является физиологической нормой.

Переломы нижней челюсти выявляются на внутриротовых, обзорных и боковых рентгенологических снимках. Характеризуются нарушением целостности (непрерывности) костной ткани челюсти со смещением или без смещения отломков в различных ее отделах, с наличием или без наличия зуба в линии перелома. При переломах в области тела нижней челюсти линии повреждения наружного и внутреннего коркового вещества могут не совпадать между собой, что выявляется на боковых рентгенограммах (симптом раздвоения). Это создает ложное впечатление о наличии у больного оскольчатого перелома.

Рентгенологическое исследование височно-нижнечелюстного сустава позволяет определить:

- изменение ширины и формы суставной щели (сужение наблюдается при хронических артритах, артрозах, фиброзных анкилозах, при патологии прикуса; отсутствие суставной щели – при костном анкилозе, расширение щели — при остром артрите);
- изменение со стороны суставных отделов костей (изменение форм и размеров головки наблюдается при хроническом артрите и артрозе, врожденных аномалиях развития – синдром I и II жаберных дуг, гипоплазии и аплазии, при вторичных деформирующих остеоартрозах);
- состояние мягких тканей, окружающих сустав и ветвь нижней челюсти (оссифицирующий миозит).

Приложение 10.3. Показатели лейкоцитарной формулы

При различных формах острых воспалительных заболеваний количество лейкоцитов в периферической крови может оставаться в пределах нормы, чаще наблюдается лейкоцитоз, количество лимфоцитов и моноцитов может оставаться без изменений или уменьшается, число эозинофилов — несколько уменьшается.

Нейтрофилия (нейтрофилез) наблюдается при воспалительных заболеваниях, интоксикациях, кровотечениях, болезнях крови. Также приводят к нейтрофилии психоэмоциональные возбуждения (под действием физической нагрузки, холода, жары, при ожогах, при травме и т.п.) и др. Значительный нейтрофилез с гиперлейкоцитозом при резком ядерном сдвиге (до метамиелоцитов и миелоцитов) обычно наблюдается при тяжелом течении инфекционного процесса (сепсисе) при сохранении на достаточно высоком уровне общей сопротивляемости организма. Значительный нейтрофилез с небольшим лейкоцитозом свидетельствует о тяжелом течении септической инфекции при ослабленной сопротивляемости организма. Значительный нейтрофилез при лейкопении — показатель тяжелой инфекции и плохой сопротивляемости организма.

Сдвиг лейкоцитарной формулы влево — повышенное содержание палочкоядерных (юных) нейтрофилов и даже появление метамиелоцитов.

Сдвиг лейкоцитарной формулы вправо — повышенное содержание сегментоядерных (зрелых форм) нейтрофилов. По мнению М.А. Базарновой и Т.Л. Сакун (1982) сдвиг вправо встречается у 20% здоровых людей. При ограниченных воспалительных процессах и инфекционных заболеваниях появление сдвига лейкоцитарной формулы вправо обычно указывает на благоприятное течение заболевания.

Токсическая зернистость нейтрофилов нередко появляется раньше ядерного сдвига. Это указывает на прогрессирование гнойно-воспалительного процесса и на то, что возможен неблагоприятный исход.

Нейтропения встречается при вирусных инфекциях (грипп, корь, оспа, краснуха, гепатит) и при бактериальных инфекциях (брюшной тиф, паратиф). **Нейтропения** встречается также при железодефицитной анемии, анафилактическом шоке, тиреотоксикозе, гипотиреозе и др.

Эозинофилия (увеличение более 5—6%) наблюдается при аллергических заболеваниях, паразитарных инфекциях, инфекционных заболеваниях (скарлатина). Встречается при кожных болезнях (дерматиты, экземы, пузырчатка). Злокачественные опухоли (особенно с метастазами и некрозом), болезни крови (лимфогрануломатоз, хронический миелолейкоз, полицитемия), облучение, саркоидоз, ревматизм и др., приводят к эозинофилии.

Эозинопения — при большинстве пиогенных инфекций, эклампсии, шоке, при снижении иммунной сопротивляемости организма.

Базофилия — наблюдается при хроническом миелолейкозе, полицитемии, микседеме, хроническом синусите, реакции гиперчувствительности, хронической гемолитической анемии, лимфогрануломатозе и др.

Лимфоцитоз встречается при инфекционном мононуклеозе, гепатите, токсоплазмозе, туберкулезе, сифилисе (вторичный и врожденный), лимфолейкозе, лимфосаркоме и др. Даже встречается у практически здоровых людей. Правильно трактовать лимфоцитоз можно только с учетом клинических проявлений и показателей гемограммы.

Лимфопения — при инфекциях, лимфогрануломатозе, почечной недостаточности, иммунодефицитных состояниях, при воздействии на организм ионизирующей радиации, некоторых медикаментозных средств и др.

Моноцитоз — при инфекционном мононуклеозе, период реконвалесценции после острых инфекций, туберкулезе, сифилисе, саркоидозе, при воспалительных заболеваниях и др. Моноцитоз расценивают как показатель развития защитных процессов в организме, но только при условии увеличения абсолютного числа моноцитов (а не за счет нейтропении).

Моноцитопения — при апластической анемии и др.

По изменению количественных взаимоотношений форменных элементов крови, по мнению многих авторов, можно судить о тяжести течения и прогнозе острых воспалительных заболеваний.

У больных с челюстно-лицевой патологией (воспалительные заболевания, травматические повреждения и др.) наблюдаются изменения показателей обмена витаминов. В норме в сыворотке крови эти показатели следующие: ретинол (витамин А) — 1,05–2,27 мкмоль/л (300—650 мкг/л); тиамин (витамин В — 41,5–180,9 нмоль/л (в цельной крови); рибофлавин (витамин В₂) — 33 нмоль или 0,5 мкг/л (в цельной крови); пантотеновая кислота (витамин В₃) — 4,7–8,34 мкмоль/л; холин (витамин В₄) — 1,27±0,32 мг/л (в плазме), пиридоксин (витамин В₆) — 14,6–72,8 нмоль/л (в плазме), фолиевая кислота — 3,9–28,6 нмоль/л (в плазме); аскорбиновая кислота (витамин С) — 34–114 мкмоль/л (в плазме), токоферол (витамин Е) — 5–20 мг/л; липоевая кислота — 10–50 мкг/л; парааминобензойная кислота (витамин Н₁) — 20–700 мкг/л (в цельной крови).

При гнойно-воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области наблюдаются изменения в анализах мочи. **Протеинурия** может быть при появлении белка в плазме крови, а затем и в моче, где появляются белки с небольшой молекулярной массой, свободно проникающие через нормально функционирующий клубочковый фильтр (белок Бенс-Джонса, миоглобин, гемоглобин).

Лейкоциты в моче здоровых людей обнаруживаются в количестве 4–6 в поле зрения. Их количество значительно увеличивается при высокой температуре тела (лихорадке), интоксикации, пиелонефрите и др.

Увеличенная концентрация **мочевины в моче** обнаруживается при повышенном содержании белка в питании, интенсивном распаде белков тканей, нефрите, интоксикации, лихорадке и др.

Повышение уровня **общего азота мочи** наблюдается при рассасывании инфильтратов, при анаэробной инфекции, интенсивном распаде белка, диабете и др.

Приложение 10.4. Состав и свойства ротовой жидкости.

Слюна. В состав слюны входят три пары слюнных желёз (околоушные, подъязычные и подчелюстные) и большое количество мелких желез, располагающихся в слизистой оболочке полости рта. В полости рта слюна превращается в так называемую ротовую жидкость. Попадая в полость рта, слюна смешивается с микроорганизмами, слущенным эпителием, а так же частичками пищи и превращается в ротовую жидкость, которая выполняет несколько функций: пищеварительную, защитную, минерализующую, свертывающую. Слюна смачивает слизистую полости рта, тем самым предотвращает ее высыхание и образование трещин. Полость рта является входными воротами для различного рода инфекций. Слюна, благодаря ферментам и иммуноглобулинам, осуществляет бактерицидные свойства, тем самым обеспечивая местный иммунитет. Слюна, омывая органы полости рта, очищает от остатков пищи и микробов, являющихся основной причиной возникновения кариеса. Слюна имеет слабо щелочную рН 6,8-7.0 или нейтральную реакцию. В сутки выделяется около 1,5 л слюны. Минерализующая функция слюны обеспечивается за счет большого содержания в ней микроэлементов, таких, например, как кальций, фосфор, магний, марганец и т.д., поступающих в основном с пищей и водой. Свертывающая система слюны обеспечивается за счет, так называемых тромбопластина, антигепариновой субстанции, протромбинов и т.д. Все эти вещества выполняют фибринолитическую и гемокоагулирующую функции. Именно поэтому в полости рта быстро останавливается кровотечение и все процессы регенерации проходят на много быстрее, чем где бы то ни было. Следует отметить наличие буферных систем, отвечающих за рН полости рта. Благодаря этим буферным системам, кислоты и щелочи в полости рта нейтрализуются, тем самым, кислотно-щелочной баланс приходит в равновесие.

Наиболее важные органические вещества слюны

Гликопротеины	Другие протеины
Макромолекулярный гликопротеин (ГП) Катионный ГП Анионный ГП Фосфорсодержащий ГП Секреторные компоненты Иммуноглобулин А Иммуноглобулин G Иммуноглобулин М	Лизоцим Лактоферрин Альфа – амилаза Статерин

Функции слюны и её отдельных компонентов

Функции	Компоненты слюны, принимающие участие в выполнении данной функции
1. Ополаскивание	Вся жидкость слюны
2. Нейтрализация кислот	Бикарбонаты, фосфаты, белки
3. Реминерализация	Фториды, фосфаты, кальций, статерин
4. Участие в создании защитной оболочки на поверхности зубов	Гликопротеин, муцин
5. Антибактериальное воздействие	Антитела, лизоцим, лактоферрин, лактопероксидаза
6. Участие в процессах пищеварения	Амилазы, протеазы

Скорость слюноотделения, значение pH, буферная ёмкость слюны отдельных лиц в возрасте 15–55 лет. Представлены нормальные и очень низкие показатели.

Скорость слюноотделения, мг/мин	Слюна в состоянии покоя	Стимулированная слюна
Нормальная	0,25 – 0,35	1 – 3
Очень низкая	<0,1	<0,7
Значения pH		
Нормальная	6,5 – 6,9	7,0 – 7,5
Очень низкая	<6,3	<6,8
Буферная ёмкость слюны		
Нормальные конечные значения pH	4,25 – 4,75	5,75 – 6,5
Очень низкие конечные значения pH	<3,5	<4

Слюна содержит многочисленные **органические компоненты** - протеины, углеводы, аминокислоты, ферменты, витамины и др., основным из которых является белок. Количество общего белка в смешанной слюне составляет 0,8-3,0 г/л.

Различают следующие основные группы **белков** ротовой жидкости:

белки, богатые пролином, они связываются со стрептококками, связывают танины пищи и тем самым защищают СОПР от их повреждающего действия, придают вязкость слюне, способствуют созданию пелликулы зуба.

Белки, богатые гистидином, обладают бактерицидным действием, которые подавляют в микроорганизмах транспорт глюкозы и реакции гликолиза (*Str. Mutans*, *Candida albicans*)

Белки, богатые тирозином, препятствуют нуклеации и росту солей Са и Р, формирующих зубную эмаль, что обеспечивает защитное восстановительное действие для сохранения здоровых зубов.

Альбумины – большей частью попадают в слюну из десневой жидкости. Их количество возрастает при стоматитах, заболеваниях ЖКТ и других.

Гликопротеины слюны определяют вязкость.

Муцин - смачивает СОПР и зубы, защищает их от повреждения, способен адсорбироваться на поверхности зубов, образуя нерастворимую пленку. Обладает высокой вязкостью, эластичен, участвует в образовании пелликулы.

В смешанной слюне определяется активность более 10 ферментов, которые по происхождению делятся на 3 группы:

- 1) секретруемые паренхимой слюнной железы;
- 2) образующиеся в процессе ферментативной деятельности микроорганизмов;
- 3) образующиеся в результате распада лейкоцитов в полости рта;

Из **ферментов** слюны в первую очередь следует выделить амилазу, которая уже в полости рта частично гидролизует углеводы, превращая их в декстрины, мальтозу и мальтазу.

Щелочная и кислая фосфатазы – отщепляют неорганический фосфат от органических соединений, их активность при воспалении мягких тканей полости рта и кариесе.

Нуклеазы слюны – РНК-аза и ДНК-аза, участвуют в расщеплении нуклеиновых кислот вирусов, что защищает организм от проникновения инфекционного фактора через полость рта.

Гиалуронидаза и каллекреин - изменяют уровень проницаемости тканей, играют важную роль в процессе поддержания нормального гомеостаза СОПР и твердых тканей зуба.

Лизоцим - термостабильный белок типа муколитического фермента с относительной молекулярной массой от 1300 до 2500. Механизм бакте-

риологического действия состоит в гидролизе связей N-ацетилмурановой кислоты и N-ацетилглюкозамина в полисахаридных цепях пептидогликогенного слоя клеточной стенки бактерий, в результате чего, изменяется её проницаемость, сопровождающаяся диффузией клеточного содержимого в окружающую среду.

Лактоферрин - конкурирует с бактериями за ионы железа и приводит к гибели тех, у которых развита система цитохромов.

Миелопероксидаза – в присутствии перекиси водорода, ионов хлора, брома, Йод встраивает ионы галогена в оболочки бактерий. Введение сильных окислителей в мембрану грамположительных и грамотрицательных бактерий приводит их к гибели.

Имуноглобулины слюны.

Имуноглобулины попадают в слюну из двух источников: в результате местного синтеза плазматическими клетками и из крови путем трансудации через десневой желобок, который является главным источником поступления лейкоцитов в полость рта.

Основном, местно образующимся, является **S-IgA**, концентрация которого является показателем иммунобиологической реактивности. У него более высокая молекулярная масса в отличие от циркулирующей формы (**IgA**), вырабатываемой в лимфатической ткани. Механизм действия **S-IgA** на микроорганизмы заключается в том, что он активизирует альтернативным путем комплемент, что приводит к лизису микроба. **S-IgA** препятствуют адгезии бактерий к эпителиальным клеткам, затрудняя их колонизацию в слизистой оболочке. Он образует комплексы с муцином.

Имуноглобулин M находится в слюне в небольших количествах, синтезируется местно и избирательно секретируется. В отличие от **S-IgA** он более лабилен в секретах желёз. У лиц с недостаточной выработкой **S-IgA** в качестве компенсаторного механизма увеличена выработка **IgM**.

Имуноглобулин G поступает из сыворотки крови через десневую жидкость, а также с секретом ОУСЖ. Абсолютное содержание **Ig G** может существенно изменяться при местных воспалительных процессах и увеличении сосудистой проницаемости.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.Алимская Е.А. Психопрофилактика в стоматологии // Новое в стоматологии. – 2002. - № 6 – С. 12-15
- 2.Бажанов Н.И., Гранин С.С. Обезболивание в поликлинической стоматологической практике. М.: Медицина. 1979. – 189 с.
- 3.Баум Л., Филипс Р.В., Лунд М.Р.: «Руководство по практической стоматологии».: пер. с англ. Кузьминой Э.М. – Медицина. 2005. - 679 с.
- 4.Барер Г.М., Лемецкая Т.Н. Болезни пародонта. Клиника, диагностика и лечение. М.; ВУНМЦ, 1996. — 86с.
- 5.Боровский Е.В., Грошиков В.К., Патрикеев. В.К., Барышева Ю.Д, Лемецкая Т.И. Терапевтическая стоматология / 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина. 1982. – 560 с.: ил.
- 6.Боровский Е.В., Барышева Ю.Д., Максимовский Ю.М., Дмитриева Л.А., Лемецкая Т.Н. Терапевтическая стоматология. 2-е изд. Испр. и дополн. М.:ООО/ЛЛИА 1997 - 544 с.
- 7.Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология М. 2005.- 450 с.
- 8.Боровский Е.В., Леонтьев В.К. Биология полости рта М.: Медицина. 1991. - 220 с.
- 9.Борисова Э.Г., Соловьёва С. Анализ ошибок и осложнений, возникающих в процессе работы врача стоматолога и приводящих к стоматоневрологическим заболеваниям. / Кафедра МГСМУ. 2010. - № 32. - С. 35-37
- 10.Быков В.Л. Гистология и эмбриология органов полости рта человека. / В.Л. Быков – 2-е издание, испр. - СПб.: Специальная литература. 1998. - 248 с.
- 11.Егоров П.М., Карапетян И.С. Клиника и лечение болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. - М., Медицина. 1986 - 125с.
12. Григорьян А.С., Грудянов А.И., Рабухина Н.А., Фролова О.А. Болезни пародонта патогенез, диагностика, лечение. Руководство для врачей. М: Медицинское информационное агенство. 2004-320с.: ил.
- 13.Грошиков М.И. Некариозные поражения тканей зуба.- М., Медицина. 1985 -171с.
- 14.Давыдов А.Б. Диагностика и лечение карцином полости рта. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2007. – 272с.
- 15.Евдокимов А.И. Руководство по хирургической стоматологии., М., Медицина, 1974.- 185 с.

- 16.Золотко Ю.Л. Атлас топографической анатомии человека. М., Медицина. 1964.- т.1- 230 с.
- 17.Иванов В.С., Урбанович Л.И., Бережной В.П. Воспаление пульпы зуба. М.: Медицина. 1990. - 208 с.
18. Иванов В.С., Винниченко Ю.А., Иванова Е.В. Воспаление пульпы зуба. М.: Медицинское информационное агентство. 2003. – 264 с.
- 19.Иванов В.С Заболевания пародонта. 4-е изд. перераб. и доп. — М., «Мед.информ. агентство». 2001. — 300с.
20. Ивасенко П. И., Вагнер В. Д. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике. Издательство НГМА, Нижний Новгород. 2000. – 86 с.
- 21.Карапетян И.С., Губайдулина Е.Я., Цегельник Л.Н. Предраковые состояния, опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей, шеи. М., 1993.- 207с.
22. Копейкин В.Н. Ортопедическая стоматология: Учебник.-М: Медицина.1988. - 512с.
- 23.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. Руководство для врачей. Под ред. проф. В.Н.Балина и Н.М.Александрова. 3-е издание., С-П, 1998.- 592с.
- 24.Коротких Н.Г., Морозов А.Н., Аникеев Ю.М. «Артроскопия височно-нижнечелюстного сустава»: монография, Воронеж: Издательство Воронежского государственного университета. 2007. – 88с.
- 25.Коробкин В.А. Оценка эффективности и прогнозирование результата лечения больных раком слизистой оболочки полости рта и языка на основе многофакторного анализа с использованием данных проточной цитометрии /Дисс.д.м.н. Санкт-Петербург.1996.-536с.
- 26.Коробкин В.А. Диагностика хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области и шеи. Ленинград.1987.-160с
- 27.Кубрушко Т.В., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я., Равинкин К.А., Хайн С.С «Управление эпидемиологической ситуацией и профилактикой патологий полости рта у подростков, проживающих в различных климатогеографических зонах»: монография, Воронеж:2009.-140с.
- 28.Кубрушко Т.В., Рыжова И.П., Милова Е.В. Современные диагностические и лечебные аспекты пульпита. Учебное пособие. Курск. 2011-151с.
- 29.Клинические ситуации с иллюстрациями. Учебно-методическое пособие для подготовки к итоговой государственной аттестации выпускников стоматологических факультетов медицинских вузов Российской Федера-

- ции. Ред. кол., отв. ред. Барер Г.М. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2008.-224с.: ил.
- 30.Лебедев А.А. Гончарова М.В. «Превентивная медицина-медицина XXI века». Национальные проекты №12 (31) 2008 С 40-43) сайт Remedium.ru
- 31.Лукиных Л.М., Жулев Е.Н., Чуприна И.Н. Болезни пародонта. Нижний новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии. 2005.-322с
- 32.Луцкая И.К. Руководство по стоматологии. Практическое пособие, Феникс. 2002. - С. 532
- 33.Леманн К.М. Основы терапевтической и ортопедической стоматологии: пер. с нем. / К.М Леманн, Э. Хельвиг; под ред. С.И Абакарова, В.Ф. Макаева. – Львов: Галл Дент. 1999. – 262с.: ил.
- 34.Леус П.А., Казеко Л.А. Особенности клинических проявлений рецессии десны. Минск. 1993.- 65с.
- 35.Marxkors R. Для самоопределения стоматолога / Новое в стоматологии. Научно-практический журнал-М. - №1/165/- 2010.- С.32-34www/newdent.ru
- 36.Международная классификация стоматологических болезней на основе МКБ-С-3-е изд. – Женева. 1997. – 248с.
- 37.Мюллер Х-П. Пародонтология . «ГалДент».Львов. 2004. - 256с.
- 38.Николаев А.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология М МПИ 2003. – 542с.
- 39.Николаев А.И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология. - М.: Медпресс-информ.2000. – 453 с.
- 40.Новые образовательные и аттестационные технологии. - М.: ВУНМЦ. 2000. – 220 с.
- 41.Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Осипова В.А., Бармашева А.А. Влияние сочетанных поражений осложнённого кариеса и воспалительных заболеваний пародонта на состояние зубочелюстной системы // Пародонтология. 2(31). 2004. – С. 8-14
- 42.Ортопедическая стоматология: Рук. для врачей, зубных техников, студентов стомат. фак. вузов и мед. Училищ / Н.Г. Аболмасов, Н.Н. Аболмасов, В.А. Бычков, А.Аль-Хаким. - Смоленск, 2000.-576 с.: ил.
43. Овруцкий Г.Д., Леонтьев В.К. Кариес зубов М: Медицина. 1986 - 143с.
- 44.Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М., 1997.- 379с.
- 45.Пузин М.Н. Нейростоматологические заболевания. М., Медицина. 1997.- 230 с.

46. Рабухина Н.А., Чупрынина Н.М. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно - лицевой области. - М.: Медицина. 1991. - 368с.
47. Рецессия десны. Эпидемиология, факторы риска. Принципы лечения: Метод. Рекомендации / А.М. Хамадеева, В.Д. Архипов, Д.А. Трунины и др. Самара 1999.-47с.
48. Робустова Т.Г. Учебник хирургической стоматологии. Изд.3., М., 2000 - 688 с.
49. Ронкин Константин Использование принципов нейро-мышечной стоматологии при реконструктивном протезировании пациента с патологией прикуса и дисфункцией височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) Dental Market #5 2006 С. 32-38
50. Ронкин К. Мифы современной стоматологии с точки зрения положений нейромышечной концепции / Dental Market #1 2010 С71 - 74
51. Ронкин К. Использование релаксации мышц головы и шеи с помощью миомонитора при ортопедическом или ортодонтическом лечении /Dental Market #5 2009 С. 65-70
52. Рыбаков А.И., Иванов В.С. Клиника терапевтической стоматологии. 2-е изд. М.: Медицина. – 1980. – 320 с. ил.
53. Рыжова И.П., Милова Е.В. Снижение атрофических процессов опорных тканей протезного ложа при ортопедическом лечении больных съёмными конструкциями протезов. Материалы международной научно практической конференции «Стоматология Славянских государств» Белгород-2009, 296 – 300 с.
54. Руководство по ортопедической стоматологии. Под редакцией Копейкина В.Н. М. Медицина. 2003. – 420 с.
55. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. В 2-х частях. Под ред. член.-корр. РАМН. Безрукова В.М. и проф. Робустовой Т.Г., – М.: Медицина. 2000. - 1200с
56. Сагина О.В. Возможные пути развития государственной стоматологической помощи в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М., 2005 - №6 С. 23-25
57. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцесс, флегмона головы и шеи. С - П. 1997. - 255с.
58. В.М. Семенюк, В.Д. Вагнер, П.А. Онгоев. Ортопедическая стоматология в вопросах и ответах. – Москва: Медицинская книга. Н.Новгород: Издательство НГМА 2000. - 180с.
59. Справочник по стоматологии. Под ред. члена-корр. РАМН проф. В.М. Безрукова М. Медицина- 1998- 656 с.

60. Струев И.В., Баркан И.Ю. Качественно – количественный метод определения мотивационного поля у стоматологических больных //Материалы XX I и XXII Всероссийских научно - практических конференций 2009. С. 29-30
- 61.«Стоматология» Учебник для студентов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов медицинских ВУЗов под ред. проф. Робустовой Т.Г., изд-во Медицина. Москва. 2008.- 525 с.
- 62.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, 4-е изд., - Киев.2004-1062с.
- 63.Трезубов. В.Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс): Учеб. для студентов стоматолог. фак. мед. вузов /В.Н. Трезубов, А.С. Щербаков, Л.М. Мишнев; Под ред. В.Н. Трезубова. -6-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Фолиант, 2002.-573 с.: ил.
- 64.Улитовский С.Б. Повышенная чувствительность зубов и качество жизни // Новое в стоматологии www.newodent.ru 2/166/2010. – С. 14-15.
- 66.Флетчер Р., Флетчер С, Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М. Медиа Сфера, 3-е изд.2004. — 352с. (Пер. с англ.)
- 67.Хайман Смуклер. Нормализация окклюзии при наличии интактных и восстановленных зубов / Пер. А.Островского и Е. Ханина под ред. Н.И. Волосок, М.М. Антоник /Москва, С-Петербург, Киев, Алматы, Вильнюс.2006.-136с. www.dental-spa.ru
- 68.Хельвиг Э., Йоахим Климек, Томас Аттин. Терапевтическая стоматология. Перевод с немецкого под редакцией проф. А.М.Политун, проф. Смолляр Н.И. 1999. – 409 с.
- 69.Хватова В.А. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. М., 1982.-286с
- 72.Хватова В.А. Функциональная окклюзия в норме и патологии.М.: Медицина. 1993. - 159с
- 73.Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. М. 1985.-230с
- 74.Яковлева В. И. и др. Диагностика, лечение и профилактика стоматологических заболеваний.- Минск: Высшая школа. – 1994- 541с

Издательство Курского государственного медицинского университета.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.

Лицензия ЛР № 020862 от 30.04.99 г.
Тираж экз.

Отпечатано в типографии КГМУ.
305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3.
Заказ № 52.